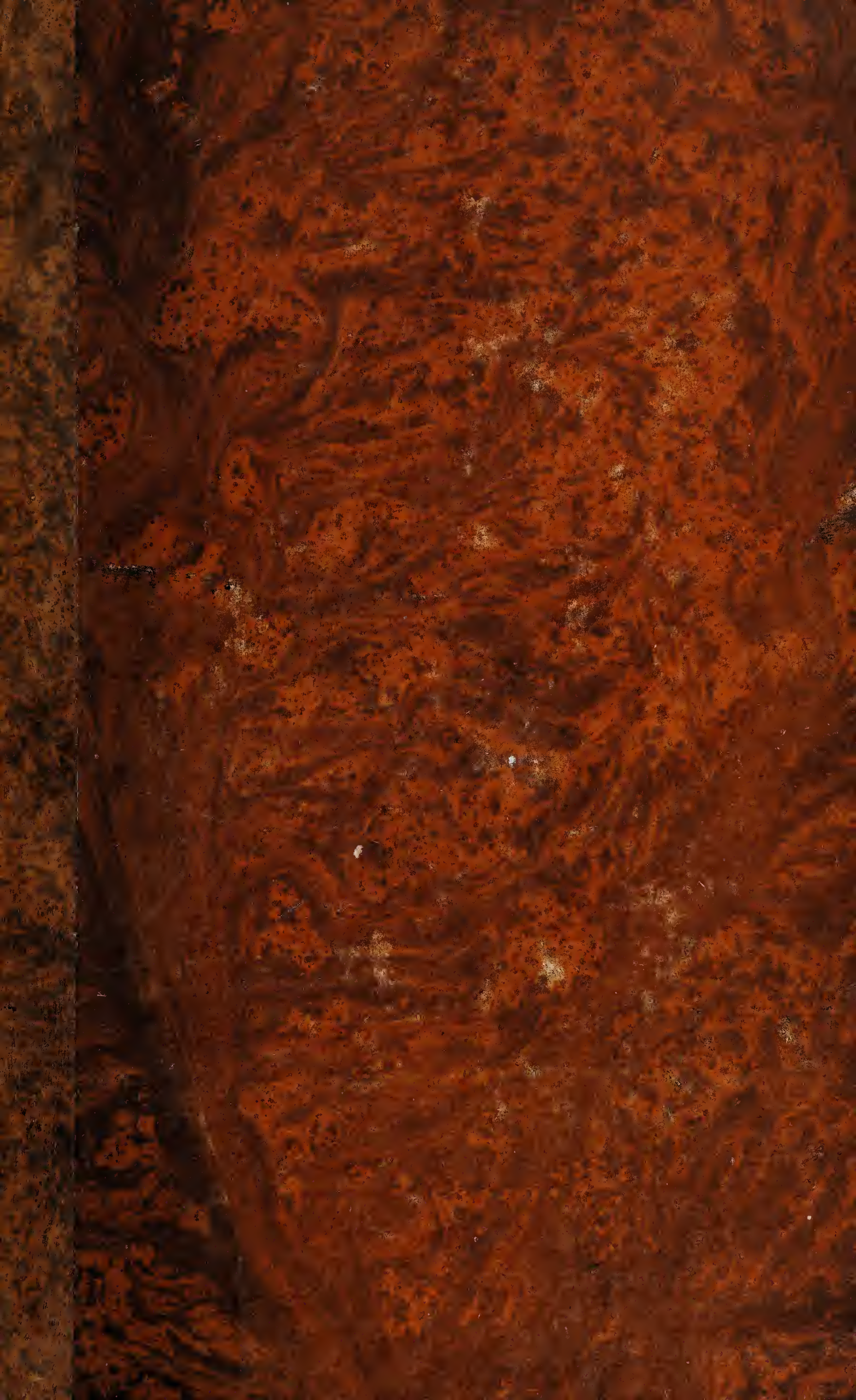


ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE,

JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES, PHYSIQUES ET NATURELLES
ET DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE,

PUBLIÉES

Par J. E. LEQUIME, D. M.

Médecin des hospices de Paçhéco, des Ursulines, et de Ste-Gertrude,
secrétaire de la Commission médicale de Bruxelles,
membre résidant de la société des sciences médicales et naturelles de la même ville;
membre correspondant de la société de médecine de Gand,
de la Société médico-chirurgicale de Berlin, de la société polytechnique de Paris;
membre honoraire de la société médico-chirurgicale de Bruges,
de la société des pharmaciens de l'Allemagne septentrionale, etc.

TOME SECOND.



PARIS,

H. COUSIN, ÉDITEUR, RUE JACOB, 25.

1840.

ARCHIVES
DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

—

RÉFLEXIONS SUR LA FORCE VITALE;

Par G. HARTWIG, membre effectif.

La nature viable entière se divise en deux grands groupes ou règnes. Le premier nommé *inorganique,* parce que les corps qu'il renferme sont dépourvus d'organes concourant à l'existence du tout, est soumis aux lois chimiques et physiques. Mais dans le second se manifeste une puissance supérieure aux lois ordinaires de l'attraction et de la répulsion, qui range les atomes de la matière d'après des lois qui n'appartiennent qu'à elle, et les doue de propriétés nouvelles sans analogie dans le reste de la nature.

On a nommé ces propriétés qui sont la végétation, la sensibilité, l'irritabilité, etc., *vitales,* pour les distinguer de celles qui appartiennent à la matière morte, aveuglement soumise à des impulsions étrangères, et *force vitale,* la puissance qui détermine ces phénomènes. On la nomme également *force ou puissance organique,* puisque les êtres qui sont sa manifestation matérielle sont formés de parties dissimilaires nommées organes dont l'harmonie et l'action réciproque sont nécessaires à la conservation du tout.

Examinons d'abord si les corps organisés diffèrent de la nature inorganique par le nombre des éléments qui entrent dans leur composition. Des 52 éléments ou premiers principes dont

sont formés tous les corps connus, 18 seulement entrent dans le règne organique. Ce sont surtout l'oxygène, l'hydrogène, le carbone et l'azote; puis le phosphore et le soufre; le kolium, le natrium, le calcium; le fer, le manganium, le chlore, l'iode, le brôme, l'alumium, le silicium, le magnium et le fluor.

Mais la manière dont les éléments sont combinés dans les deux règnes, nous offre des différences encore plus tranchées.

Dans la nature inorganique, il n'y a que des combinaisons binaires, soit entre deux corps simples; soit entre un corps binaire et un corps simple, ou bien entre deux combinaisons binaires. Une combinaison immédiate de trois ou quatre éléments entre eux ne paraît possible que sous l'influence de la vie. C'est ainsi que les mêmes éléments dont l'attraction chimique forme le carbonate d'ammoniaque

Oxygène Carbone	Acide carbonique	Carbonate d'ammoniaque
Hydrogène Azote	Ammoniaque	

produiront sous l'influence de la force vitale les combinaisons ternaires et quaternaires les plus variées.

Carbone Oxygène Hydrogène	Amidon, sucre, graisse, etc.
Oxygène Hydrogène Carbone Azote	Albumine, fibrine, etc.

Et quand cette substance mystérieuse cesse d'agir, alors l'attraction chimique, débarrassée des liens d'un pouvoir supérieur, reprend son empire, détruit ces combinaisons ternaires et quaternaires formées en dépit d'elle, et les ramène à l'état binaire en produisant les phénomènes singuliers que nous comprenons sous les noms de fermentation et de putréfaction. Ainsi l'expérience nous prouve que dans les corps inorganiques la combinaison dépend des affinités électives des éléments; mais que dans les corps organisés, la puissance qui combine et conserve, est autre chose qu'une simple qualité inhérente à la matière, puisque nous la voyons non-seulement empêcher le libre cours des

lois de l'attraction, mais encore par une force qui lui est propre, produire des combinaisons chimiques nouvelles.

Les phénomènes de la vie et de la mort nous prouvent également, combien la force vitale est loin d'être une simple modification des puissances physiques et chimiques.

La force vitale ne se montre que dans les corps organisés, et jamais des éléments fortuitement rapprochés n'ont créé de la matière organique. On a cru longtemps que les animalcules étaient produits par génération spontanée; que de la matière soumise à de certaines influences telles que la chaleur, l'humidité, la fermentation était capable de produire les êtres occupant les derniers degrés de l'échelle de l'organisation. Mais cette opinion perd chaque jour en probabilité. Nous sommes loin du temps où les prêtres d'Égypte interrogés par Hérodote, prétendaient que l'homme même, était sorti du limon du Nil, sous l'action d'un soleil brûlant. Nous croyons plutôt avec le philosophe de Stagire que tout être vivant est sorti d'un germe (*omne vivum ex ovo*) et que tout fut dit avec le grand acte primitif de la création.

Les brillantes découvertes du professeur Ehrenberg rendent la génération spontanée de plus en plus invraisemblable.

Avant de connaître la structure compliquée de ces êtres dont la petitesse échappe à la vue, mais non à la science de l'homme, il était permis peut-être d'adopter cette hypothèse; mais depuis qu'on a pu se convaincre de leur organisation admirable, il faut admettre que leur génération ne diffère point de celle des autres êtres vivants, et qu'ici encore ce n'est pas une réunion fortuite d'atomes, qui donne lieu à la vie, mais bien une puissance vitale primitive qui subjugue la matière.

Demander comment d'abord les êtres organisés furent créés et quelle fut l'origine d'une puissance nécessaire à la formation et à la conservation de la matière organisée, et d'autre part ne pouvant se manifester sans elle, c'est là une de ces vastes questions qui appartiennent à la philosophie spéculative. Qu'il nous suffise d'indiquer les qualités qui la distinguent, et de nous dire que si sa nature intime nous échappe, ses phénomènes nous sont aussi bien connus que ceux de l'électricité et du calorique,

le sont du physicien. Comme dans toutes les sciences humaines nous sommes réduits à nous contenter de juger par les effets.

Mais ce n'est pas seulement sous le rapport de leur composition que les corps organisés diffèrent des corps inorganiques; c'est surtout par le mode d'agir de la puissance qui détermine leur existence. Car celle-ci crée et conserve selon les lois d'un plan et d'un but rationnel et coordonne toutes les parties au bien de la totalité, de sorte que la cause de l'existence de chaque partie d'un corps organisé est contenue dans le tout; tandis que dans une masse inorganique chaque atome renferme en lui-même la cause de son existence. Qu'on retranche une partie d'un corps organisé, et par là-même, elle ne peut continuer d'exister : car ne contenant pas en elle-même la raison de son existence, elle est incapable de lutter avec les forces qui l'assiègent de toutes parts. Il est vrai que chez beaucoup de plantes et quelques animaux inférieurs, la division jusqu'à un certain point est possible. Mais cette persistance de vie n'a lieu que quand tous les organes nécessaires à la conservation de l'être se retrouvent dans la partie retranchée, qui dès lors possède toutes les qualités requises pour continuer ses fonctions. On voit que cette division est bien loin de celle qu'admettent les corps inorganiques susceptibles de partage jusqu'à ces atomes primitifs qui échappent à la vue. La force vitale cause de l'existence des parties possède en outre le pouvoir de créer à l'aide de matières organisées, les organes nécessaires à l'existence du tout. Elle n'est pas une conséquence de l'action harmonique des parties, comme le mouvement d'une machine résulte de l'enchevêtrement de ses roues.

Il est évident qu'une action réciproque et harmonieuse a lieu. L'action des poumons dépend de l'action du cœur, et le cœur distribue au cerveau le sang modifié par la respiration, sans lequel celui-ci à son tour ne pourrait animer les poumons et faire battre le cœur. Mais cette harmonie ne peut exister sans la participation d'une cause résidant également dans toutes les parties et veillant sur tous les points à l'intégrité du tout. Cette cause préexiste aux agents qui se développent dans l'embryon sous son influence.

Comment peut-on attribuer la vie à l'action réciproque des organes quand c'est la vie elle-même qui doit d'abord les créer? Le corps humain n'est pas une machine mise en mouvement par une cause externe, et continuant à se mouvoir mécaniquement pendant un temps plus ou moins long; il renferme en lui une puissance qui crée, entretient et restaure continuellement les organes nécessaires à son existence. Cette faculté créatrice se manifeste diversement dans chacune des variétés innombrables d'animaux et de plantes qui couvrent le globe, et se modifie de mille manières dans un but d'utilité commune selon les exigences imposées par le climat, le mode de nourriture et la conservation.

Le germe n'est pas comme d'anciens physiologistes l'ont cru, la miniature des organes qui doivent se développer dans le courant de la vie, il est le tout potentiel animé par une puissance organique spécifique qui crée les organes nécessaires à l'activité ultérieure de l'être. Car le germe n'est qu'une matière informe et la première naissance des rudiments d'organes peut s'observer distinctement.

Ainsi pour résumer, les corps organiques sont en grande partie composés de combinaisons ternaires et quaternaires, inconnues dans le règne inorganique et ne se formant qu'aussi longtemps qu'ils sont doués d'activité et de vie. Les corps organisés consistent en outre d'organes c'est-à-dire de parties qualitativement différentes qui ont leur cause d'existence dans le tout.

Ils les créent par une puissance qui leur est propre et la vie n'est pas la conséquence de l'harmonie et de l'action réciproque des organes, mais se manifeste dans la matière du germe avant qu'ils n'existent. Cette puissance vitale cependant, peut rester longtemps à l'état latent ou inactif, à celui de simple susceptibilité vitale. Tel est l'état des semences et des œufs avant d'être placés dans les conditions nécessaires à la manifestation de leur activité. Ils restent à l'état de germe avec susceptibilité d'évolution et de puissance créatrice aussi longtemps qu'ils ne sont pas entrés en relation avec le monde extérieur. C'est ainsi que des semences conservent leur vitalité pendant des siècles quand on les soustrait à l'action de l'air et de la chaleur, et qu'on a vu

germer des oignons ensevelis pendant trois mille ans dans les tombeaux des Pharaon. Mais aussitôt que les agents extérieurs sont à même d'exercer leur influence, le germe ne peut plus rester passif; il faut qu'il s'active ou qu'il pourrisse; de même qu'un organisme déjà développé s'asphyxie ou meurt si les conditions nécessaires externes lui manquent. La force vitale latente peut donc se passer des stimulants extérieurs, mais la vie développée et active les exige impérieusement.

Les conditions nécessaires à la vie: la chaleur, l'eau, l'air atmosphérique et les matières nutritives causent en l'entretenant des déplacements continuels de matière. Ce sont elles qui produisent tous les phénomènes de la vie par des changements matériels, par un échange continu de matières pondérables et impondérables. Modifié par ces stimulants vitaux, le sang à son tour stimule les organes, donne et reçoit. De même que la combustion ne dure qu'autant qu'il y a de matières capables de produire par leur combinaison avec l'oxygène ou le chlore, les phénomènes de la flamme, de même aussi le flambeau de la vie ne brûle qu'aussi longtemps qu'il trouve des matières pour l'alimenter. Nous ne savons si l'électricité et le magnétisme entrent nécessairement dans son action.

La croissance, l'incitabilité, le développement, la génération, le dépérissement sont des propriétés communes à tous les corps organisés; mais les animaux se distinguent encore des végétaux par des qualités particulières, telles que la sensibilité et la locomotion. On ne peut à la vérité refuser un certain mouvement aux plantes; puisque nous voyons les liquides circuler dans leurs vaisseaux, et leurs rameaux rechercher la lumière. Souvent leurs racines se dirigent vers un meilleur sol. Les sensitives contractent leurs feuilles à l'approche des stimulants les plus divers et l'hedysarum gyvons nous offre même des mouvements automatiques. Il y a donc dans les plantes des organes semblables aux muscles ou au tissu érectile, mais les mouvements des animaux se distinguent en ce qu'ils ne résultent pas seulement de l'action des stimulants externes, mais de l'influence des nerfs sur des parties susceptibles de mouvement.

Nous devons également nous garder de confondre l'excitabilité

des plantes avec la sensibilité des animaux qui suppose l'existence d'un appareil nerveux. On avait cru que les animaux inférieurs en étaient dépourvus et que leur substance homogène était susceptible dans toutes ses parties de sensibilité, de mouvement et de digestion. Mais des recherches récentes ont démontré l'existence des nerfs chez les polypes, les vers intestinaux et les animalcules. Ainsi on ne saurait douter que tous sans exception ont des nerfs.

Telles sont les remarques générales que nous avons cru devoir faire pour bien préciser les fonctions de la force vitale dans tous les êtres qui en sont doués. Il fallait d'abord se faire une idée exacte de cette puissance mystérieuse et invisible, soumettant la matière à sa volonté, et se créant elle-même les instruments nécessaires à son action.

Il importe maintenant de restreindre notre champ d'observation, et de nous appliquer à l'étudier dans sa manifestation la plus élevée, dans l'homme. Quel est le principal phénomène que nous offre la vie humaine? C'est celui d'une lutte continuelle et désespérée contre des puissances externes qui tendent à la détruire, et, chose étonnante, ces mêmes forces antagonistes qui par leur action chimique et mécanique s'efforcent d'éteindre la vie, sont précisément les agents nécessaires à son existence avec lesquels il lui faut un contact presque continuel pour pouvoir subsister. Ainsi puisque la vie ne résulte que d'un commerce continuel et réciproque entre la force vitale et les agents extérieurs, il est hors de doute que le système qui sert de conducteur entre les deux mondes interne et externe, qui régularise et tient sous sa dépendance toutes nos fonctions, qui unit par la sympathie la plus étroite, toutes les parties de notre corps, il est hors de doute, dis-je, que ce système doit jouer le premier rôle dans toutes les actions vitales, et que c'est en lui, comme agent principal de la vie, que nous devons chercher la raison de la santé et de la maladie.

C'est donc le système nerveux qui doit fixer au plus haut degré l'attention des médecins. C'est à lui qu'ils doivent tout rapporter, dans leurs explications, leur diagnostic et leur traitement. C'est dans une profonde connaissance de son action et en bien

se pénétrant de son influence qu'on parvient aux définitions les plus exactes et les plus rationelles.

Demandons-nous d'abord d'après ces vues, *en quoi consiste la santé?* Dans l'action normale et harmonieuse des différentes parties du système nerveux. Il nous semble que rien ne manque à cette définition. En effet que l'impression soit en harmonie avec la réaction, ni trop forte ni trop faible, et qu'en même temps le grand sympathique dirige normalement la nutrition et toutes les fonctions qui en dépendent; il est impossible qu'alors la santé ne soit parfaite.

Les maladies organiques et inflammatoires ne peuvent exister dans un tel état de choses, car elles dépendent tout à fait de l'action désordonnée du sympathique soit primitive, soit résultant d'un état anormal des nerfs sensitifs et moteurs. Une maladie organique du foie, par exemple, ne peut exister si le plexus hépatique fonctionne normalement. Car alors la nutrition et la sécrétion de cet organe doivent être nécessairement saines. Il en est de même de tous les autres organes. Ainsi l'idée de la santé du système nerveux, résume celle de la santé du corps entier.

D'après cela il est évident que la maladie n'est autre chose qu'une désharmonie dans le système nerveux. C'est qu'alors la sensibilité n'est pas d'accord avec la réaction et que le système ganglionaire est troublé dans ses fonctions soit primitivement, soit secondairement. Que la sensibilité, l'impressionnabilité soient augmentées ou diminuées, l'action du système ganglionaire se pervertira bientôt. Car si l'altération de la sensibilité dure pendant quelque temps, le système ganglionaire entraîné à son tour dans le cercle maladif, cesse de régler normalement la nutrition, et les organes mal nourris et sécrétant vicieusement, doivent nécessairement changer de forme et de consistance, offrir en un mot les changements matériels qui caractérisent les maladies organiques. Ne voir dans les maladies que des altérations organiques, c'est évidemment juger les choses d'après un point de vue rétréci et se contenter d'une connaissance superficielle. Toute explication qui ne part pas du système fondamental, qui ne repose pas sur une idée claire et précise de la vitalité, pèche

évidemment par la base et ne saurait contenter une âme méditative. Le matérialisme en médecine qu'il se nomme solidisme ou humorisme, mécanisme ou iatro-chimisme est aussi aride que le matérialisme en philosophie dont il est le reflet. Ce n'est qu'en subordonnant les phénomènes matériels à des influences invisibles, mais non moins bien connues pour cela, puisque nous les connaissons d'après leurs effets, de même que le physicien se fait une idée des agents invisibles, tels que l'électricité, le calorique et la lumière, d'après les phénomènes sensibles qu'ils produisent ; ce n'est qu'en faisant découler les changements matériels et maladifs de notre corps d'une aliénation de la force vitale se dévoilant en premier lieu dans le système nerveux et se manifestant ensuite dans tel ou tel organe, ce n'est qu'ainsi disons-nous qu'on peut approcher de la vérité.

L'esprit vulgaire et empirique ne va guère au delà de l'expression matérielle de la maladie; le philosophe ne saurait se contenter d'une connaissance si superficielle. Dans son désir de tout ramener à l'unité, il remonte des causes prochaines aux causes éloignées, et rien ne saurait le satisfaire, si ce n'est ces vérités générales qui expliquent les secrets de la nature, autant qu'il est donné aux connaissances actuelles de l'homme d'expliquer.

Mais ce n'est pas seulement en pathologie qu'un large système médical est de la plus grande utilité; c'est principalement sous le rapport thérapeutique.

Plus on conçoit la nature intime d'une maladie, plus on se pénètre de ses causes les plus éloignées, et mieux aussi on guérira ; car ce n'est qu'en attaquant le mal dans ses sources qu'on peut le dompter radicalement, et nous ne croyons pas qu'un tel résultat puisse être obtenu d'un esprit incapable de s'élever au-dessus du point de vue matériel.

—

NÉVRALGIE INTERMITTENTE DE LA BRANCHE OPHTHALMIQUE DE WILLIS;

Par J. LEVA, membre effectif.

A son retour de la Méditerranée, le capitaine Wagenaer fut atteint d'une maladie d'yeux qui le fit horriblement souffrir pendant la traversée; cependant à l'aide de révulsifs appliqués à la nuque il obtint assez de soulagement pour pouvoir reprendre le commandement du navire quelque temps avant son arrivée, mais alors la proximité des côtes et d'autres motifs l'obligèrent à se tenir sur le pont pendant 48 heures, et à fatiguer beaucoup la vue, surtout de l'œil gauche. Après une navigation rendue pénible par la présence d'énormes glaçons, il entra dans le port d'Anvers pendant la nuit du 14 au 15 décembre 1829.

Dans la matinée du 15, je vis M. Wagenaer. Il était âgé d'environ 35 ans, sanguin et nerveux; il se plaignait d'un obscurcissement de la vue du côté gauche, l'œil était tant soit peu douloureux et la conjonctive injectée. Je conseillai au malade d'entretenir son exutoire et prescrivis un collyre légèrement astringent. Le lendemain j'appris que le malade avait été tourmenté d'une douleur violente depuis midi jusques bien avant dans la nuit. Alors s'étant endormi, il s'éveilla en sursaut au bout de deux heures, et se trouva atteint d'une douleur atroce qui n'avait pas discontinué jusqu'au moment où je le vis. Elle avait son siége à la partie antérieure gauche du crâne vers l'angle externe de l'œil et le nez; elle était tellement violente que le malade proférait des paroles incohérentes. Il avait la face grippée et n'osait ouvrir l'œil de crainte d'exaspérer les douleurs. En écartant les paupières, je trouvai que l'injection de la conjonctive était la même, la lumière incommodait le malade. Il ne voyait absolument rien de cet œil. Il avait le pouls accéléré, se plaignait de soif et d'anorexie. Les branches frontale et nasale du nerf ophthalmique étaient très-douloureuses, et le plus léger attouchement aux endroits, où ces nerfs se trouvent le plus à découvert, donnait lieu aux douleurs les plus vives. (Application de sangsues, cataplasme, diète.)

Le soir les symptômes étaient diminués, cependant le malade n'osait ouvrir les yeux, de crainte de renouveler les douleurs, il pouvait voir les objets sans en distinguer les couleurs. L'injection de la conjonctive était dans le même état, les nerfs étaient toujours très-sensibles à la pression. (Cataplasme, diète.)

Appelé de bonne heure le 17, j'appris que les douleurs avaient reparu la veille une heure environ après mon départ, qu'elles s'étaient dissipées pendant la nuit et qu'après deux heures de repos le malade s'était éveillé comme le jour précédent. Il offrait en effet, les mêmes symptômes que ceux qui ont été énumérés, et dès lors je reconnus que l'affection revêtait un type intermittent. (Fomentation avec une décoction de mauve, de belladone et de têtes de pavots.) Le soir je vis le malade à la même heure que la veille; mais déjà les douleurs après deux heures de calme commencèrent à se faire sentir avec la même intensité. Je prescrivis douze grains de sulfate de quinine en trois paquets, à prendre de demi-heure en demi-heure, lorsque l'accès serait fini; ce qui eut lieu dans la nuit. Le lendemain, je trouvai le malade infiniment mieux : les douleurs quoique reparues n'avaient plus guère la même intensité que la veille, je prescrivis encore neuf grains du même sulfate en trois paquets, qu'il prit le soir. Le 19, le malade se plaignait d'un obscurcissement de la vue, la conjonctive était encore injectée et le nerf sensible à la pression. Je conseillai l'usage fréquent de lotions d'eau froide et la sobriété dans le régime, ce qu'il fit pendant quelques jours et insensiblement tout rentra dans l'état normal. Trois semaines après, à la suite d'une veille plus prolongée que de coutume, la maladie reparut avec les mêmes symptômes et fut combattue par le même remède. Depuis lors, la guérison entière ne s'est pas démentie; toutefois nous devons ajouter que depuis cette récidive, la vue de ce côté n'a pas encore récupéré la clarté dont elle jouissait avant la maladie.

Je suis porté à croire qu'il se pourrait fort bien que quelques-unes des maladies rapportées sous le nom d'ophthalmie intermittente n'étaient autre qu'une maladie analogue à celle qui fait le sujet de cette observation, cette opinion est fondée sur ce que je n'ai personnellement jamais rencontré de véritable ophthal-

mie intermittente depuis dix-huit ans que je pratique à Anvers où les affections intermittentes sont endémiques.

OBSERVATION DE PUSTULES MUQUEUSES RÉPANDUES SUR UNE GRANDE PARTIE DE LA SURFACE DU CORPS SUIVI DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR CETTE FORME DE LA SYPHILIS;

Par E. HENROTAY, membre résidant.

Passage, Eugène, âgé de 24 ans, caporal au 3e régiment de ligne, entra à l'hôpital militaire d'Anvers, le 13 décembre 1839, présentant sur différentes parties du corps des pustules muqueuses. Il est d'un tempérament lymphatique, il a la peau fine et pâle, les cheveux blonds et bouclés.

Vers la fin du mois de mars 1839, il avait contracté un chancre à la face interne du prépuce; quinze jours après cet accident il fut reçu à l'hôpital militaire d'Ath, où ce chancre fut cautérisé à diverses reprises et pansé avec un onguent brun; après trois semaines de ce traitement, son chancre étant cicatrisé, il sortit de l'hôpital d'Ath sans subir de traitement mercuriel général. Il n'a d'ailleurs jamais éprouvé d'autre accident vénérien.

Le 10 décembre 1839, quelques pustules apparurent sur la tête, puis sur le scrotum et sur différents endroits du corps. Pendant trois jours on y appliqua des cataplasmes et le 13, il entra à l'hôpital militaire d'Anvers, où il fut soumis à notre observation.

Il a sur le scrotum un grand nombre de pustules de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, présentant une élévation de trois à quatre lignes et offrant au sommet une surface blanchâtre, mais non transparente; entre les pustules la peau est d'un rouge assez prononcé. Ces pustules sont arrondies à la partie moyenne du scrotum, là où elles sont isolées; mais sur les côtés et à la partie inférieure, elles se réunissent et se confondent. Il présente quelques pustules isolées près de l'anus, sur le front à la naissance des cheveux et sur les bras. Mais sur le cuir chevelu, elles sont tellement agglomérées qu'elles s'unis-

sent et forment des croûtes et qu'on ne peut reconnaître leur forme qu'à quelques endroits où elles ne sont pas autant confondues. Ces pustules exhalent une odeur excessivement repoussante. Le malade se plaint d'un grand état de faiblesse, et en effet, la marche est très-vacillante, il peut à peine se tenir debout.

Ces pustules offraient une assez grande ressemblance avec celles de la variole; seulement elles étaient plus larges, non ombiliquées; le mode de développement et le siége qu'elles occupaient pouvaient faire éviter toute erreur et la marche, enfin, l'aurait relevée, si elle avait été commise dans les premiers jours.

Le malade fut tenu à une diète sévère et on appliqua à trois reprises dans la journée des cataplasmes de farine de lin sur le cuir chevelu (les cheveux ayant été coupés préalablement le plus près possible) et sur le scrotum.

Ce moyen continué pendant plusieurs jours dans la vue d'enlever l'inflammation dont ces parties étaient le siége, n'amena aucune amélioration. Après cinq jours on y renonça pour recourir à d'autres moyens.

Ayant supposé que cette affection était entretenue par la sécrétion continuelle qui s'y faisait, on y appliqua pendant quelques jours du vin aromatique dans la vue de tanner en quelque sorte les tissus et de tarir cette sécrétion; mais aucun changement ne survint dans leur état. On recourut ensuite à la cautérisation des pustules par le nitrate d'argent et on y joignit un pansement avec de la charpie sèche; mais après quelques jours de l'emploi de ce moyen, il fut abandonné, les pustules cautérisées ne présentant aucune différence avec celles qui ne l'avaient pas été.

Ces différents moyens ayant été employés infructueusement; on en vint après 24 jours de séjour à l'hôpital au traitement suivant : lotions avec le chlorure de chaux uni à quantité égale d'eau et de poudre de calomel saupoudrée sur les pustules. Dès ce moment, il survint une amélioration notable et telle, qu'en huit jours, il s'était formé sur les bourses, aux endroits occupés par les pustules, des croûtes qui étaient tombées, et sous les-

2.

quelles il ne restait qu'un peu de rougeur qui ne tarda pas à disparaître.

Vers la même époque, les pustules qui occupaient le voisinage de l'anus, le front et les bras étaient également guéries. Huit jours plus tard, il ne restait plus de trace de la présence des pustules sur le cuir chevelu, que la desquamation de l'épiderme, si ce n'est à la partie antérieure du front où l'entière disparition des pustules n'a eu lieu que dans les premiers jours du mois de février 1840. Cette plus grande persistance de l'affection à cet endroit doit être attribuée, d'une part, à ce que là, les pustules étaient plus nombreuses que partout ailleurs, et de l'autre, à une chute contre une muraille que le malade a faite sur cette partie dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, et qui avait ulcéré ces pustules.

Indépendamment des moyens locaux que nous avons employés, le malade a fait un traitement mercuriel général par le proto-iodure de mercure, dont il a pris environ un grain par jour (3/4 dans le principe et 5/4 vers la fin), pendant deux mois et demi. Il a commencé ce traitement quatre jours après son entrée. Nous avons joint à ce moyen l'emploi de la tisane de salsepareille et des bains (1). Le malade a été tenu pendant toute la durée du traitement à un régime léger, végétal. Ce n'est que vers la fin de son séjour à l'hôpital qu'on lui a accordé de la viande. L'observation nous a démontré les immenses avantages du régime végétal dans la syphilis constitutionnelle.

Comme cette forme de la syphilis est essentiellement sujette à récidiver, nous avons gardé ce malade encore quelque temps après la disparition de ces accidents vénériens, et il n'a quitté l'hôpital que le 1er avril dernier.

Cette observation nous fournira l'occasion de dire quelques mots sur les pustules muqueuses, forme que la syphilis affecte très-rarement surtout chez l'homme.

Ce n'est que dans ces derniers temps que l'on a indiqué ce symptôme vénérien, et jusqu'ici nous n'en connaissons aucune bonne description.

(1) Les bains n'ont été donnés qu'après la disparition des pustules sur toutes les parties du corps, excepté à la partie antérieur du cuir chevelu.

La plupart des auteurs l'ont confondu avec une autre forme de la syphilis; aussi croyons-nous devoir attirer l'attention des médecins sur ce sujet. Dans les traités des maladies vénériennes on trouve confondus dans une même description les pustules muqueuses et les tubercules plats, regardés comme une même affection. Or, ce sont là pour nous deux formes de la syphilis bien distinctes.

Nous avons très-souvent observé au voisinage de l'anus de légères élévations affectant une forme irrégulièrement arrondie, souvent oblongue, ayant la grandeur d'un franc; ces élévations ne dépassent guère une ligne et demie à deux lignes de hauteur, elles sont d'un brun foncé, cuivré et ne paraissent donner lieu à aucune exsudation, ni répandre aucune odeur. Très-souvent nous les avons vu suivre les replis de l'anus. Nous avons toujours vu céder cette affection en quinze jours ou trois semaines aux cautérisations avec le nitrate d'argent en pierre. Comme moyens locaux, nous y ajoutions les lotions avec la tisane tiède et la partie était ensuite enduite de cérat. Ces moyens étaient accompagnés de l'emploi d'un traitement mercuriel général.

Cette forme de la syphilis nous paraît essentiellement différer de celle qui fait le sujet de cette observation, par sa manière d'être, le siége qu'elle occupe de préférence, sa fréquence surtout chez l'homme et le traitement local qu'elle réclame.

Chez la femme cette différence ne serait peut-être pas aussi facile à établir; nous regrettons de n'avoir pu jusqu'ici étudier les maladies vénériennes d'une manière spéciale chez les femmes; mais si un jour nous en avons l'occasion, ce sera un point qui fixera particulièrement notre attention.

Doit-on ranger la pustule muqueuse parmi les accidents vénériens primitifs ou parmi les accidents consécutifs? La plupart des auteurs croient qu'on doit les rapporter tantôt à l'un tantôt à l'autre de ces deux ordres de symptômes et ils admettent des pustules muqueuses primitives et d'autres consécutives.

M. Ricord les regarde comme étant constamment des symptômes de syphilis constitutionnelle, et, jusqu'à preuve contraire, nous partageons son opinion. Ce chirurgien a vainement essayé de les inoculer, il n'est jamais parvenu à développer la pustule

qui précède le chancre. Elles ont encore un autre point de ressemblance avec les autres symptômes constitutionnels, c'est la transmission par hérédité.

M. Ricord nous citait dans ses leçons l'exemple d'une famille dans laquelle la grand'mère, la mère et trois enfants avaient eu des pustules muqueuses. Un fait qui les rapproche encore des symptômes consécutifs, c'est que tous les individus n'en sont pas susceptibles ; il faut certaines conditions pour qu'ils se développent : les sujets lymphatiques y sont les plus prédisposés.

Les auteurs qui ont admis des pustules muqueuses primitives les considèrent comme pouvant se développer sans avoir été précédées d'aucun autre symptôme vénérien et les croient susceptibles de transmettre la syphilis primitive.

Il arrive assez souvent qu'un chancre se transforme *in sitû* en pustule muqueuse et alors ce dernier symptôme se présente très-peu de temps après un coït infectant, quelquefois après 8, 10 ou 15 jours, et, si l'on est consulté un peu plus tard, on peut regarder la pustule comme ayant été le symptôme primitif, tandis qu'il n'est lui-même que la conséquence d'un chancre antécédent.

La sécrétion dont les pustules muqueuses sont le siége, étant portée sur une muqueuse, peut en agissant comme cause irritante, donner lieu soit à une balanite soit à une uréthrite; mais il n'y a dans ces affections aucune spécificité et l'on pourrait également les développer au moyen d'un agent chimique. Nous ne croyons pas que la pustule muqueuse puisse jamais transmettre le chancre; dans les cas rares où l'on a cru avoir constaté ce fait, c'est qu'il existait probablement un chancre qui n'aura pas été reconnu, à cause de la profondeur à laquelle il était situé et de la rapidité de l'examen auquel on se sera livré.

Nous ne pensons pas non plus que la pustule muqueuse puisse se communiquer sous la même forme autrement que par hérédité.

Quoiqu'il puisse rester quelque doute sur la question de savoir si la pustule muqueuse peut être primitive, et jouir en cette qualité des funestes prérogatives du chancre virulent, nous croyons qu'il est raisonnable d'admettre jusqu'à preuve

contraire, qu'elle est toujours un symptôme de syphilis constitutionnelle.

Le traitement local qui nous a réussi dans le cas qui s'est présenté à nous, a été conseillé par M. Ricord; mais nous ne l'avons pas trouvé reproduit dans son ouvrage. Ce praticien conseille de faire des lotions une fois par jour avec du chlorure de chaux seul ou uni avec 1/5, 1/3 ou 1/2 d'eau. Les parties bien essuyées, on saupoudre les pustules de calomel. Plus on les tient sèches, dit M. Ricord, plus vite elles guérissent.

Il faut d'ailleurs ne pas négliger les soins de propreté; car la sécrétion qui s'y fait peut irriter la peau voisine, et en second lieu, c'est surtout chez les personnes malpropres qu'on voit les pustules muqueuses se développer.

Anvers, 4 avril 1840.

SUR LE TRAITEMENT DES BLESSURES DES ARTÈRES RADIALE ET CUBITALE;

Par E. PUTÉGNAT, de Luneville, D. M. C. P.,

Membre honoraire et correspondant de plusieurs sociétés de médecine nationales et étrangères, etc.

Medici partium est eniti ad reperiendam sanitatem. (Celse).

1re Obs. — Le 10 août 1839, je suis appelé chez le sieur Beal, sabotier, qui me fait dire de me hâter attendu qu'il perd tout son sang. Arrivé près de lui, je reconnais à la partie inférieure, antérieure du radius gauche, là où on a l'habitude de tâter le pouls, une blessure transversale longue de 20 millimètre, faite avec l'angle gauche d'un instrument appelé herminettes. A travers cette plaie s'échappe un jet de sang vermeil, synchroniquement saccadé aux battements artériels. Ce jet diminue quand la compression est pratiquée au-dessous de la plaie, et il diminue davantage quand la radiale est comprimée au-dessus. Le patient accuse aussi de l'engourdissement et un léger fourmillement dans le pouce et l'index. A l'aide de ces symptômes je reconnais une blessure de l'artère radiale et une lésion du nerf qui l'accompagne. J'établis un fort tampon d'amadou, comprimant les deux extrémités de l'artère; par-dessus

j'applique de nombreuses compresses, et maintiens le tout à l'aide d'une longue bande qui commence par envelopper la main. Un tourniquet est placé sur l'artère brachiale à l'effet de diminuer la quantité de sang apportée à l'avant-bras. Un peu de vin est accordé au patient qui est très-affaibli. Le soir le malade accuse des douleurs aiguës, lancinantes et des soubresauts dans le pouce et l'index, une potion antispasmodique arrête ces accidents. Le cinquième jour apparaît une phlyctène sur la partie externe et supérieure du pouce qui est fortement tuméfié, ainsi que toute la main. Je conseille des lotions chlorurées et desserre la bande par le moyen d'un coup de ciseaux. A partir de ce moment la phlyctène a marché vers la guérison et la tuméfaction de la main a disparu. Le neuvième jour, pour combattre l'œdème qui se montre aux jambes, je conseille des potages et une tisane de pariétaire et de réglisse fortement nitrée. Deux jours après l'œdème a disparu. Le 25 août, j'enlève l'appareil avec un très-grand soin, alors la plaie est entièrement cicatrisée. Au-dessous je ne reconnais aucune pulsation; au-dessus j'en perçois jusqu'à la distance de quelques millimètres. Jusqu'aujourd'hui 1er mars 1480, la guérison s'est bien maintenue quoique le malade ait repris ses rudes travaux.

2me Obs. — L'an dernier, dans les premiers jours de mars, la femme Ciravagna, me fit appeler pour une blessure qu'elle s'était faite à l'instant en ouvrant une huître. A mon arrivée, je vis cette malade fort inquiète vu que depuis près d'un quart d'heure elle tentait en vain d'arrêter une forte hémorrhagie. Ayant enlevé l'amadou et les linges qui couvraient la plaie, je reconnus une plaie profonde, longue de 30 millimètres au moins, siégeant sur la face antérieure de la main et dans le premier espace métacarpien. De chaque lèvre de la plaie s'échappait un sang vermeil lancé en jet saccadé synchroniquement au pouls. Il était évident qu'il existait une section complète de la radiale qui s'avance dans l'intervalle des deux premiers os du métacarpe et qui fournit la collatérale interne du pouce et la collatérale externe de l'index. Ne pouvant saisir les bouts de l'artère, j'ai maintenu le pouce fortement fléchi dans la paume et les autres doigts appuyés sur le pouce par le moyen de bandelettes ag-

glutinatives. Ainsi les bords de la plaie furent maintenus en contact. En même temps deux tampons furent appliqués l'un sur l'extrémité inférieure de la radiale sur l'os, l'autre sur l'extrémité inférieure et antérieure du cubitus. Au bout de 15 jours j'enlevai ce pansement la plaie était guérie, aucun accident ne s'est montré depuis.

3me Obs. — Il y aura quatre ans au mois de juillet prochain qu'un ouvrier tisserand accourut chez moi pour une blessure qu'il venait de se faire dans la paume de la main avec une lame de couteau. Celle-ci, parallèle à l'axe du bras, longue de 50 millimètres au moins, siégeait dans l'intervalle du 3me et 4me métacarpiens de la main gauche. Au jet saccadé du sang vermeil qui s'échappait de la plaie il me fut facile de diagnostiquer une lésion de l'arcade palmaire superficielle. N'ayant pu saisir le vaisseau pour en pratiquer la torsion, j'ai approché les bords de la plaie avec des bandelettes agglutinatives, recouvert celle-ci avec un fort tampon d'amadou que j'ai maintenu à l'aide d'une bande qui, par le moyen de compresses graduées, comprimait l'artère cubitale. Dix jours après la guérison était complète. Depuis cette époque le malade ayant quitté Luneville, je l'ai perdu de vue.

4me Obs. — Il y a quatre ans on amena chez moi, dans la soirée, un jeune garçon de dix ans, qui portait une plaie transversale dans la paume de la main droite. Cette plaie avait été faite par le tranchant d'un couteau sur lequel l'enfant avait frappé, encouragé qu'il était par des camarades, dans l'intention de casser une noix placée sous le dos de la lame. De nombreux jets de sang vermeil s'échappant de la plaie, je dus reconnaître que plusieurs des petites artères qui se rendent de l'arcade palmaire superficielle aux parties latérales des doigts étaient ouvertes. La flexion forcée des quatre derniers doigts, une légère compression exercée sur l'artère humérale amenèrent la guérison.

5me Obs. — Il y a quelques années j'ai vu un militaire portant au bras gauche (à la partie postérieure, antérieure et un peu externe de l'avant-bras) une petite plaie reçue en duel, laquelle, au dire des deux chirurgiens qui le soignaient, devait intéresser une des trois principales artères du membre lésé.

Sur cinq chirurgiens présents, trois ont demandé la compression, deux la ligature de l'artère brachiale. J'ai proposé cette ligature parce que le malade étant un homme très-fort, muni de muscles robustes, de tissus adipeux épais, la compression ne pouvait être exercée d'une manière sûre. Quoi qu'il en soit, on a eu recours à la compression. Au bout de quelques jours, la gangrène ayant envahi l'avant-bras, on a pratiqué l'amputation au-dessus du coude.

A la dissection de l'avant-bras l'on reconnut que l'artère avait été ouverte immédiatement après sa sortie de l'huméral.

Comme jusqu'à ce jour les chirurgiens, faute de matériaux assez nombreux, ne sont pas tombés d'accord sur le meilleur procédé à suivre pour guérir les blessures de l'artère radiale, il m'a semblé que je pourrais aider à remplir cette lacune en publiant les observations précédentes. Me sera-t-il permis en même temps de dire les quelques réflexions qu'elles m'ont suggérées?

Et d'abord ces faits prouvent clairement que les blessures de la radiale, de ses branches et que celles de la cubitale ne sont pas sans gravité.

Cette vérité, je dois l'avouer, avait déjà été signalée : ainsi, John Bell (*Traité des plaies*, traduction d'Estoo) nous dit : des malades sont morts ou ont été contraints au sacrifice du membre pour une simple ouverture de l'artère radiale; ainsi, chez un opéré de Delpech le membre est resté atrophié, impotent (*Traité de la réunion immédiate*); ainsi, un malade de Dugès; ainsi, un autre de Lisfranc furent soumis à plusieurs opérations.

Je vais, en peu de mots rappeler, les divers procédés qui sont conseillés; puis voir si un seul est applicable à tous les cas; ou, enfin, dans quelle circonstance un tel est préférable aux autres.

Dupuytren conseille la ligature des deux bouts de l'artère, MM. Nich (*Gazette médicale de Paris*, 1835) et Berard jeune (J. C., 1833, p. 708), donnent la préférence à la méthode d'Anel; MM. Velpeau et J. Cloquet recommandent la ligature de la radiale et la compression de la cubitale (Velpeau, *Méd. opératoire*, J. Cloquet, *Dictionnaire* en 25 vol. t. 4, p. 452) d'autres chirurgiens pratiquent la compression sur la radiale au-dessus de la

plaie et la compression de la cubitale; d'autres enfin ne pratiquent que la compression immédiate.

Le procédé de Dupuytren n'est point le meilleur à suivre lorsque la radiale est blessée dans sa partie supérieure. En effet, la position profonde de ce vaisseau, l'infiltration des chairs, produisent un obstacle sinon insurmontable, au moins très-difficile à vaincre. A la paume de la main, ce procédé est encore plus mauvais. Pour aller jusqu'aux vaisseaux blessés il faudrait faire une opération très-douloureuse et qui certes ne serait pas sans danger, car il faudrait couper la peau, traverser une couche épaisse de tissu cellulaire graisseux, ouvrir l'aponévrose, risquer de léser les tendons ou de les faire exfolier, couper plusieurs filets nerveux et fouiller dans les chairs infiltrées de sang. Ainsi ce procédé n'était pas applicable dans nos observations 2, 3, 4, 5. L'était-il chez le sieur Béal? Le fait est que voulant le mettre à exécution et désirant pour cela agrandir la plaie dans la direction de l'artère que je ne pouvais saisir, le patient ne me le permit pas. La méthode d'Anel conseillée par MM. Nich et Bérard jeune, n'est point applicable dans tous les cas. D'abord, je dois dire qu'elle offre deux écueils : 1° quand elle est faite trop tard, les artères supplémentaires rétablissent trop facilement la circulation dans l'extrémité inférieure, alors l'hémorrhagie reparaît; l'observation de White publiée par John Bell; celles de Delpech, de Lisfranc, viennent à l'appui de ce fait; 2° quand elle est pratiquée trop tôt, les collatérales n'étant pas assez dilatées, le membre peut tomber en gangrène privé trop brusquement qu'il est du principe vivifiant. Cependant il est un fait certain : c'est que dans les blessures de l'artère radiale à sa partie supérieure, comme dans ma cinquième observation, la méthode d'Anel doit être employée *tout de suite.* Dans toute autre circonstance, la compression, employée comme je l'ai fait est le meilleur procédé à suivre.

Somme toute 1° quand l'artère radiale est ouverte dans son tiers supérieur, il faut *tout de suite* avoir recours à la ligature de l'artère humérale, surtout quand le blessé est fortement musclé ou chargé de beaucoup d'embonpoint. Si ce précepte avait

été accueilli pour le sujet de mon observation peut-être aujourd'hui celui-ci jouirait-il de son membre !

Lorsque la blessure de l'artère radiale siége en un point des deux tiers inférieurs du radius, l'on peut guérir le malade soit en pratiquant la ligature ou la torsion des deux extrémités béantes du vaisseau ; soit en exerçant une compression au-dessus et au-dessous de la plaie. La compression en pareil cas peut être exercée à cause du point d'appui fourni par l'os. Pour que les ondées de sang lancées contre les extrémités comprimées du vaisseau soient moins à craindre, il faut par le moyen d'un tourniquet diminuer le passage du sang dans l'artère humérale. Mon observation 1re prouve ce que j'avance. 3° Pour combattre les blessures de l'arcade palmaire superficielle, celle des branches qui s'en échappent et celle de la radiale qui rampe entre le premier et le second métacarpiens, il suffit de maintenir fortement rapprochés, et cela durant dix jours au moins sans toucher à l'appareil, les bords de la plaie et de diminuer le sang qui arrive à la main en comprimant soit l'humérale, soit la radiale et la cubitale à la partie inférieure des os radius et cubitus. Ce procédé m'a parfaitement réussi dans mes observations 2, 3, 4.

L'on ne doit lier ces vaisseaux que quand on peut les saisir facilement, ce qui me semble assez rare si j'en crois ce que j'ai vu ; et il faut bien se garder d'agrandir les plaies pour cette opération à cause des douleurs, des fusées purulentes et des autres circonstances que j'ai indiquées ci-dessus.

4° *La compression immédiate s'étendant au-dessus et au-dessous de la blessure et pratiquée avec les précautions et dans les circonstances que j'ai signalées plus haut, n'est point si mauvaise qu'on pourrait le croire à la lecture des auteurs, attendu qu'elle m'a réussi toutes les fois que j'y ai eu recours.*

5° La compression avait déjà été vantée par M. Grisolle (*Gazette médicale de Paris,* 1834, pag. 38).

6° Tout ce que je viens de dire sur les blessures de l'artère radiale s'applique à celles de la cubitale ; seulement il faut se rappeler que l'arcade palmaire superficielle est fournie par la cubitale, et l'arcade profonde par la radiale, et que ces artères radiale et cubitale ont entre elles des communications nombreuses et très-faciles. Luneville (Meurthe), 10 mars 1840.

Rapport sur les observations précédentes (1).

Dans les observations présentées par M. le docteur Putégnat, de Luneville, sur le traitement des blessures des artères radiale et cubitale, nous reconnaissons avec lui que non-seulement la compression est préférable à la ligature, mais qu'elle est le seul moyen à employer lorsque la lésion a son siége là où les os forment un point d'appui, pour l'exercer méthodiquement et avec sûreté, bien que dans cet endroit l'artère radiale est superficielle et s'isole facilement, aussi bien que la cubitale qui recouverte a son origine par les muscles cubital interne et les fléchisseurs communs des doigts, se trouve logée inférieurement dans un intervalle de quelques lignes qui séparent les muscles entre eux, disposition qui rend la ligature très-facile. Par cela même que la ligature est incertaine dans ses résultats, soit par la réapparition de l'hémorrhagie lorsqu'elle est faite trop tard, soit par la gangrène qui s'empare quelquefois du membre lorsqu'elle est faite trop tôt, et quoiqu'en disent les auteurs, la compression exercée méthodiquement dans les cas précités est un moyen qui m'a toujours réussi pour arrêter ces hémorrhagies.

Partageant donc entièrement l'opinion de notre membre correspondant, je me bornerai à ajouter ici une observation toute récente à l'appui de celles de M. Putégnat qui m'ont été soumises, et de ce que j'avance.

M. M***, lieutenant au 15me régiment de réserve se présenta à l'hôpital militaire de cette ville le 18 février dernier ayant reçu un coup de sabre en duel, qui traversa l'avant-bras gauche vers son tiers inférieur et antérieur devant l'espace interosseux et ouvrit l'artère radiale. Le sang d'un rouge vermeil s'écoulait de la plaie par saccades et en abondance, le blessé ressentait des douleurs extrêmement vives dans la partie lésée et une pâleur excessive étant répandue sur son visage, à cause de la perte de sang qu'il avait faite, à son entrée à l'hôpital, on lui appliqua à deux doigts au-dessus de la plaie le garot provisoire qui exerçant une forte compression arrêta complétement l'hémorrhagie. Environ une heure après, on enleva cet appareil pour exercer une simple compression avec une bande et des compresses graduées au même endroit et de plus on employa le tourniquet de campagne sur l'artère humérale pour la comprimer, mais on dut l'enlever parce que le bras s'engourdissait.

L'après dîner M. M*** devant être reconduit chez lui, allait sortir lorsque l'hémorrhagie reparut et on dut de nouveau appliquer le tourniquet sur l'humérale. Le soir les douleurs étaient intolérables et obligèrent d'enlever tout l'appareil. Le blessé fut alors pansé à l'eau froide et la partie fortement comprimée avec des compresses et des

(1) MM. Verriest et Claeysens, *commissaires*, Buys, *rapporteur*.

bandes; ce pansement fut continué jusqu'au 10 mars, époque à laquelle la cicatrisation était complète mais il restait encore une douleur très-forte dans la main qui céda à des frictions faites avec le laudanum.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE SUR LE RAPPORT JUDICIAIRE DANS L'ACCUSATION D'INFANTICIDE PORTÉE CONTRE LA NOMMÉE JEANNE-CATHERINE BOSSCHAERTS (1).

Par C. BROECKX, F. L. VANCAMP, F. J. MATTHYSSENS, Docteurs en médecine, à Anvers, L. HAINE, Docteur en médecine, à Merxem.

Nous soussignés C. Broeckx, F. L. Vancamp, F. J. Matthyssens, docteurs en médecine à Anvers, et J. Haine docteur en médecine à Merxem, chargés par la Société de médecine d'Anvers, de donner, dans un but scientifique, notre avis sur le rapport fait par MM. R. et F. C., docteurs en médecine, dans une accusation d'infanticide intentée contre Jeanne Cathérine Bosschaerts, après avoir pris connaissance et examiné le susdit rapport, ainsi que les autres pièces du procès, nous croyons pouvoir donner en honneur et conscience la consultation médico-légale suivante.

Les pièces qui nous ont été remises sont :

1° Une lettre en date du 25 mars 1840, adressée à M. le procureur du roi à Anvers, par M. G. Loots, bourgmestre de la commune de Broechem, faisant mention qu'il résultait d'un bruit public que la nommée Jeanne Catherine Bosschaerts serait accouchée et qu'il n'avait pas été fait de déclaration de naissance.

2° Un procès-verbal de M. Hyacinthe Colins, juge d'instruction, assisté de son commis-greffier, M. Mintjens et de M. Vanthielen, substitut du procureur du roi, en date du 26 mars 1840.

3° Un rapport médico-légal fait par messieurs les docteurs R. et F. C. en date du 26 mars 1840.

4° Les interrogatoires de la fille Jeanne Catherine Bosschaerts, de Gommaire Loots, bourgmestre de la commune de

(1) Par arrêt de la Cour d'Assises d'Anvers en date du 6 mai 1840, *Jeanne Catherine Bosschaerts* a été déclarée coupable d'infanticide et condamnée à la peine de mort. Dès lors la présente consultation médico-légale n'a plus qu'une portée scientifique.

Broechem, de Colette Sofrie, âgée de 19 ans, de Joseph Lemmers, âgé de 19 ans, de Corneille Vermeulen, âgé de 50 ans, et domestique chez les parents de la fille Bosschaerts.

Nous croyons pouvoir extraire de ces pièces, les faits qui suivent :

Exposition des faits.

1° La fille Jeanne Catherine Bosschaerts, âgée de 18 ans, demeurant à Broechem chez ses parents, Petronille Bosschaerts et Pierre Geudens, paraît avoir été enceinte peu de temps après la fête de Saint-Pierre, en 1839. (Ce jour de fête vient le 29 juin.) Joseph Lemmers a déclaré dans son interrogatoire qu'il ne s'était pas écoulé un mois après la fête de Saint-Pierre, lorsque la fille Jeanne Catherine Bosschaerts lui a avoué être enceinte de lui; il est parti de la maison de Pierre Geudens, peu de temps après et particulièrement pour ce motif. Le dimanche après le jour des Rois 1840, la fille Bosschaerts lui a de nouveau déclaré sa grossesse, et dès lors, il a pu calculer, dit-il, qu'elle devrait accoucher pendant le courant du mois de mars.

2° Elle n'a pas ignoré sa grossesse.

3° Elle était dans son lit, lorsqu'entre le 8 et le 9 mars 1840, elle commença à éprouver les maux de l'enfantement; elle s'est alors rendue dans l'étable, et là, assise avec les jambes en bas, l'enfant est venu au monde; elle a déclaré n'avoir pas vu vivre son enfant, l'avoir amené avec elle dans son lit et l'avoir *noué* dans un mauvais jupon. Le lendemain elle fit accroire à ses parents qu'elle était malade, et le surlendemain, lorsque sa mère était sortie, elle a porté son enfant dans un petit entresol où elle l'a déposé dans la paille d'un lit sur lequel on ne couchait pas, et dans laquelle le cadavre de l'enfant est resté jusqu'au 26 mars, jour où il a été saisi pour être déposé à la maison communale. Après son accouchement dans l'étable, la fille J. C. Bosschaerts a entremêlé la paille, pour cacher le sang qu'elle avait perdu. Que l'accouchement a eu lieu entre le 8 et 9 mars, paraît également résulter de la déposition de Corneille Vermeulen, qui a déclaré qu'il croyait se rappeler que la fille J. C. Bosschaerts

était restée un jour au lit, il y a environ trois semaines entre le 8 et 9 mars.

Dans un second interrogatoire, la fille J. C. Bosschaerts a déclaré ne pas se rappeler au juste quel jour elle serait accouchée; que cela a pu être entre le 15 et le 16 du même mois; *mais elle n'a fait cette déclaration que sur l'interpellation que l'on ne pouvait pas croire qu'elle était accouchée depuis si longtemps.*

FAITS EXTRAITS DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL DE MM. LES DOCTEURS R. ET F. C.

a. *Faits relatifs à la mère.*

Nous avons trouvé J. C. Bosschaerts vaquant à des occupations domestiques et nous avons reconnu les circonstances suivantes :

1° Face pâle, pupilles dilatées, point de symptômes fébriles.

2° Mamelles paraissant encore tuméfiées, mamelons saillants et leur auréole large et de couleur brune; en exprimant les mamelles, il en sort des gouttes de lait bien caractérisé par sa couleur et sa consistance.

3° Ventre souple; la peau en est lâche, ridée et parsemée d'éraillures blanchâtres, luisantes, entrecroisées et qui des régions des aines et du pubis se dirigent principalement vers l'ombilic. Ligne brunâtre, qui du pubis se porte à l'ombilic : écartement dans la ligne blanche, surtout à la région ombilicale.

4° On reconnaît par le toucher que la matrice est encore développée et que son corps s'élève encore au-dessus du rebord du pubis. Col de la matrice mou, peu saillant, son orifice dilaté au point d'admettre l'introduction du bout du doigt.

5° Parties génitales dilatées dans toute leur étendue; il s'en écoule un liquide blanchâtre mêlé de sang, ayant l'odeur forte particulière aux lochies, comme on s'en est assuré par les linges de la fille. La fourchette n'est pas entièrement déchirée. L'introduction du spéculum utérin démontre que l'orifice du col de la matrice donne issue au liquide dont il vient d'être parlé.

6° Le toucher fait reconnaître que le bassin est ample et disposé pour un accouchement facile.

D'après l'ensemble de ces différentes observations nous assurons :

1° Que J. C. Bosschaerts est accouchée depuis peu, mais qu'il peut bien s'être écoulé huit, dix ou douze jours.

2° Que d'après la disposition du bassin, l'accouchement a pu être facile.

FAITS EXTRAITS DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL RELATIFS A L'AUTOPSIE DE L'ENFANT (1).

a. *Eu égard à la viabilité de l'enfant et à son terme.*

L'enfant est du sexe masculin, gros, gras et bien conformé; le point médian de la longueur du fœtus correspond à l'ombilic. Le cuir chevelu, les ongles, les yeux, l'état de développement de l'enfant indiquent suffisamment qu'il est venu à terme et très-vivace. La tête est de grosseur ordinaire, les viscères contenus dans l'abdomen sont sans altération et bien conformés.

b. *Eu égard à la putréfaction du cadavre.*

L'enfant est sans fétidité, ni signe de putréfaction, hors quelques taches livides sur le ventre de chaque côté de l'ombilic. La peau de tout le corps a une couleur rosée; elle est couverte d'un enduit sébacé, desséché; l'épiderme n'est soulevé, ni enlevé nulle part; les articulations sont roidies dans le sens de la flexion et de la pronation. Le placenta joint au cadavre ne présente rien d'anormal; il est exempt de putréfaction, et le fragment de cordon ombilical y adhérent a environ un demi-pied de longueur.

c. *Eu égard à la respiration.*

Organes de la poitrine bien conformés, poumons développés, d'une couleur rosée et sans aucun signe de putréfaction. Ces

(1) L'autopsie a été faite le soir, à la lumière.

organes retirés de la poitrine avec le cœur et la glande thymus, après avoir lié la trachée-artère et les gros vaisseaux, ont été placés dans un seau d'eau propre; le tout réuni a complétement surnagé. Le cœur et la glande thymus placés seuls dans le seau d'eau, ont promptement gagné le fond. Chaque poumon coupé en plusieurs pièces, on a remarqué qu'ils crépitaient sous le scalpel. Ces pièces de poumons pressées sous l'eau dans les mains, il a été facile de voir la mousse gagner le niveau du liquide. Ces morceaux ayant été ensuite lâchés se sont promptement élevés à la surface de l'eau.

d. *Eu égard aux violences qui auraient pu être exercées sur l'enfant.*

A l'extérieur du cadavre on n'observe aucune altération, sinon à la partie antérieure et moyenne du cou et au pourtour de l'orifice extérieur de la bouche, où siégent *plusieurs larges ecchymoses* RESSEMBLANT *à des impressions digitales de couleur violacée* avec épanchement dans les chairs subjacentes d'un *sang caillé*, comme on s'en est assuré par la dissection. Le cerveau mis à découvert, il nous a paru évident que tous les organes contenus dans la boîte du crâne étaient manifestement congestionnés; les sinus et les membranes du cerveau étaient gorgés de sang; le cerveau était mollasse et la rougeur de sa substance démontrait clairement qu'il était dans un état de congestion sanguine.

Il y avait à l'ombilic une portion de cordon ombilical *de plus de deux pieds de longueur sans ligature*, qui paraissait avoir été cassé ou déchiré, car son extrémité libre, quoiqu'à moitié desséchée, présentait une surface inégale et frangée : le cordon était flasque et exsangue.

CONCLUSIONS DU RAPPORT MÉDICO-LÉGAL DE MESSIEURS LES DOCTEURS R. ET F. C.

1° L'enfant de la fille J. C. Bosschaerts, dont nous avons fait l'autopsie, était à terme, *vivace* et bien constitué.

2° Il est *né vivant* et il a *complétement respiré.*

3° Il est mort peu de temps après sa naissance, et il *paraît* avoir succombé à l'asphyxie par strangulation.

4° Si la putréfaction du cadavre n'est pas plus avancée depuis le temps que ladite fille paraît accouchée, il faut en attribuer la cause à la température basse qui règne depuis quelque temps et à l'endroit où le cadavre a été déposé dans une chambre froide, élevée de quelques pieds au-dessus du sol, en partie soustrait à l'air ambiant sous des étoupes.

DISCUSSION DES FAITS.

Les faits que nous venons de rapporter sont 1° relatifs à la mère, 2° relatifs à l'enfant.

Faits relatifs à la mère.

Première question. La fille J. C. Bosschaerts est-elle accouchée récemment? Ce fait n'est pas douteux, la fille J. C. Bosschaerts l'avouant et reconnaissant son enfant. En outre, cela est évident sans cet aveu, puisque les mamelles sécrétaient du lait, que la matrice était développée et qu'elle donnait issue au liquide des lochies, comme après un accouchement récent.

Deuxième question. Depuis combien de jours date l'accouchement? Si l'on fait attention à ce que le corps de la matrice dépassait encore le rebord supérieur du pubis, que cet organe donnait issue à des lochies mêlées de sang, que son col était dilaté au point d'admettre l'introduction du bout du doigt, on sera porté à admettre avec Messieurs les docteurs R. et F. C., que l'accouchement de la fille J. C. Bosschaerts date d'environ huit, dix à douze jours, estimation qui s'accorde avec sa seconde déposition, qu'elle serait accouchée entre le 15 et le 16, et qui se trouve aussi plus en harmonie avec l'absence de fétidité et de putréfaction du fœtus, absence dont les médecins experts font mention. Mais d'un autre côté, la fille J. C. Bosschaerts a déclaré à deux reprises différentes qu'elle s'est accouchée entre le 8 et le 9, et c'est aussi à la même époque que, d'après la déclaration de Corneille Vermeulen, la fille J. C. Bosschaerts est restée au lit pen-

dant un jour. De plus, nous ferons ici mention que le bourgmestre de la commune de Broechem, M. G. Loots, déclare dans son interrogatoire que le cadavre de l'enfant a été trouvé sous une paillasse de balle d'avoine, et qu'aussitôt qu'on souleva cette paillasse pour l'ôter de la paille, qui se trouvait en dessous, il se répandit dans l'air une odeur tellement infecte qu'il crut que la peste entrait dans la maison, et qu'il se ressouvint de cette même odeur deux jours après. Il a déclaré qu'à la maison communale, où a eu lieu l'autopsie de l'enfant, l'infection n'avait pas encore disparu au bout de 3 ou 4 jours, malgré que les fenêtres fussent restées ouvertes pendant deux fois 24 heures. La contradiction de cette déposition avec le rapport médico-légal ne permet pas de décider si la fille J. C. Bosschaerts s'est plutôt accouchée entre le 8 et le 9 mars qu'entre le 15 et le 16. Nous ferons toutefois ici remarquer qu'à l'audience l'un des médecins, M. F. C., a déclaré que le placenta exhalait cette odeur infecte dont parle le bourgmestre; mais il soutenait que le fœtus était encore en bon état; déclaration qui pour le placenta est contraire à ce qu'il a signé dans le rapport médico-légal.

Troisième question. L'accouchement a-t-il pu être facile? Nous sommes tout à fait d'accord sur ce point avec les médecins experts, MM. R. et F. C. Nous pensons même que l'accouchement a dû être facile, si l'on fait attention que la fourchette n'était pas entièrement déchirée et que la fille J. C. Bosschaerts n'a fait aucune mention qu'elle aurait éprouvé de grands maux d'enfantement.

Faits relatifs à l'enfant.

Première question. L'enfant était-il dans des conditions de viabilité? Cette question nous paraît devoir être résolue par l'affirmative; en effet, les médecins rapporteurs disent que l'enfant est gros, gras, bien conformé; que la tête est de grosseur ordinaire, que le cuir chevelu est implanté de cheveux, que le point médian de la longueur du fœtus correspond à l'ombilic et que les organes thoraciques et abdominaux sont sans aucune altération et bien conformés. Il est à regretter que les médecins rapporteurs n'aient pas pesé le corps du fœtus, qu'ils n'aient pas

mesuré les diamètres de la tête, ni la longueur du corps. Nous devons encore signaler ici l'omission de l'ouverture du canal rachidien, omission qui permet de supposer que la moelle vertébrale a pu être atteinte d'une maladie mortelle, qui aurait pu préexister à la naissance.

Deuxième question. L'enfant était-il à terme? Nous sommes portés à résoudre affirmativement cette question, d'après l'état de développement de l'enfant et d'après tous les faits énoncés dans la première question. Cette manière de voir s'accorde également avec la déposition de Joseph Lemmers, que la fille J. C. Bosschaerts lui a avoué être enceinte alors qu'il ne s'était pas encore écoulé un mois après la fête de saint Pierre; or elle n'a pu lui faire cet aveu que parce que ses règles devaient déjà être supprimées depuis quelque temps; et d'après cela, Joseph Lemmers a pu calculer que la fille J. C. Bosschaerts devait venir en couche pendant le courant du mois de mars, ce qui a eu lieu effectivement. On objectera peut-être que si l'enfant avait été à terme, l'accouchement n'aurait pu être facile et que la fourchette aurait dû avoir été déchirée entièrement : à cela nous répondrons que les parties génitales de l'une femme sont plus dilatables que celles d'une autre, et que nous avons observé un accouchement facile au bout de trois heures de temps chez une primipare. Nous signalerons ici une omission dans le rapport; c'est que les médecins experts n'ont pas recherché s'il existait un point d'ossification au centre du cartilage de l'extrémité inférieure du fémur : on sait que c'est seulement à l'époque de 9 mois, le seul os long qui ait un commencement d'ossification épiphysaire.

Troisième question. Depuis combien de temps date la naissance de l'enfant? Il nous paraît impossible de décider si la naissance de l'enfant date plutôt de 17 jours que de 10 jours. On sera porté à admettre 17 jours, si l'on a égard aux deux premières déclarations de la fille J. C. Bosschaerts et à celle de Corneille Vermeulen que l'accouchement aurait eu lieu entre le 8 et le 9 mars, si l'on a égard à l'odeur infecte du cadavre d'après la déposition du bourgmestre G. Loots. D'un autre côté on aurait lieu de croire que la naissance ne date pas d'aussi longtemps, puisque les médecins experts disent dans leur rapport que le cadavre du fœtus,

ni le placenta n'offraient aucun signe de putréfaction, que l'épiderme n'était soulevé, ni enlevé nulle part, que les articulations étaient roidies dans le sens de la flexion et de la pronation. Cette absence de putréfaction se concilie difficilement avec une naissance qui date depuis 17 jours; elle se concilie même difficilement avec une naissance qui date depuis 10 jours : il est vrai que d'après les médecins experts, le cadavre du fœtus s'est trouvé dans des conditions défavorables à la putréfaction, que la chambre dans laquelle il se trouvait était froide, qu'une température basse régnait depuis quelque temps et que l'enfant était soustrait à l'air ambiant sous des étoupes. (D'après la déclaration de la fille J. C. Bosschaerts et du bourgmestre, l'enfant était renfermé dans un jupon et le tout se trouvait sous une paillasse de balle-d'avoine.)

Nous avons vu plus haut que les articulations étaient roidies dans le sens de la flexion et de la pronation; les médecins rapporteurs ne disent pas s'ils ont recherché à quelle cause l'on devait attribuer cette roideur. Dépendait-elle de la rigidité cadavérique? probablement non, puisque cette rigidité ne persiste pas ordinairement au delà de trois à quatre jours; mais ce qui paraît exclure positivement l'opinion que cette roideur serait le résultat de la rigidité cadavérique, c'est que celle-ci ne coïncide pas avec un commencement de putréfaction qui se trouve signalé par les médecins experts lorsqu'ils disent que l'enfant est sans fétidité ni signe de putréfaction *hors quelques taches livides sur le ventre de chaque côté de l'ombilic*, et dans le 4me paragraphe de leurs conclusions, *si la putréfaction n'est pas plus avancée.* Enfin disons qu'il nous paraît que le placenta, qui d'après la déclaration à l'audience du médecin F. C., exhalait l'odeur infecte dont parle le bourgmestre, et qui se trouvait sous la paillasse avec l'enfant, aurait dû favoriser la putréfaction. Une remarque générale que nous croyons cependant devoir faire ici, c'est que l'histoire médico-légale des moyens propres à déterminer l'époque de la mort est loin d'être à sa perfection et qu'on n'a pas encore parfaitement apprécié à quelle époque survient tel ou tel phénomène cadavérique, tel ou tel mode de putréfaction, ni quelle est leur durée.

Quatrième question. L'enfant a-t-il respiré? Le développement des poumons, leur couleur rosée, leur surnatation alors qu'ils étaient réunis avec le cœur et la glande thymus, leur surnatation séparés de ces organes, alors qu'ils étaient entiers et après avoir été coupés en plusieurs morceaux, prouve manifestement qu'ils renfermaient un fluide aériforme. Mais cette surnatation des poumons dépendait-elle de la respiration, de la putréfaction, d'un emphysème pulmonaire ou de l'insufflation? Examinons isolément chacune de ces questions.

Putréfaction. Les médecins experts disent que les poumons sont sans aucun signe de putréfaction; ce qui se conçoit aisément, puisque les poumons non isolés du corps ne se putréfient que tardivement, comme le prouvent les expériences faites par M. Orfila. Ajoutons que lorsque les poumons se putréfient, il se développe à leur surface une multitude de petites ampoules produites par des gaz développés entre le tissu du poumon et la plèvre pulmonaire, que coupés en fragments et comprimés sous l'eau ils laissent dégager des bulles d'air très-larges, et qu'abandonnés ensuite à eux-mêmes, ils vont immédiatement au fond de l'eau. Pour le cas dont il est ici question, tout le contraire a été observé, donc la surnatation des poumons ne dépendait pas de la putréfaction.

Emphysème pulmonaire. Il est très-rare qu'un emphysème pulmonaire existe chez des fœtus *mort-nés,* qui n'offrent aucun signe de putréfaction des poumons; il doit encore être infiniment plus rare que cet emphysème soit assez considérable pour faire surnager toutes les parties des poumons coupés en morceaux. D'ailleurs dans un emphysème de poumons qui n'ont pas respiré, le fluide gazeux, qui ne peut être de l'air atmosphérique, occupe le tissu cellulaire et lorsqu'on comprime les poumons coupés en morceaux, on l'en fait sortir et alors les poumons tombent au fond de l'eau. Les poumons de l'enfant de la fille J. C. Bosschaerts, coupés en morceaux et comprimés laissent bien dégager des bulles d'air, mais aussitôt lâchés, ils se sont *promptement* élevés à la surface de l'eau; donc ces poumons ne surnageaient pas par suite d'un emphysème.

Insufflation. Des poumons insufflés se comportent dans la

docimasie pulmonaire de Galien, absolument de la même manière que des poumons qui ont respiré; en effet dans l'un et dans l'autre cas, l'air occupe les vésicules pulmonaires. Mais dans l'acte de la respiration, il ne s'introduit pas seulement de l'air dans les poumons, une plus grande quantité de sang y afflue également. D'après cela on a pensé que l'on pourrait distinguer la respiration de l'insufflation par la coloration différente du tissu des poumons et par la pesée comparative des poumons dans l'air et dans l'eau, ou en d'autres termes en les soumettant à l'épreuve hydrostatique de Daniel. Pour ce qui concerne la différence de couleur, le tissu pulmonaire dans la respiration offre une injection capillaire rose sur un fond orangé clair, tandis que dans l'insufflation des poumons d'un enfant mort-né, l'injection capillaire sanguine n'a pas lieu. Ces distinctions auxquelles le médecin-légiste doit avoir égard, sont cependant très-subtiles et tous les médecins sont d'accord qu'elles sont incapables de décider la question. Quant à l'épreuve hydrostatique de Daniel, il est inutile d'en donner ici la longue description, puisque dans l'état actuel de la science elle est inapplicable et que d'ailleurs elle ne peut conduire à aucun résultat (voir *Précis élémentaire de médecine légale;* par F. J. Matthyssens, tome 1er, pag. 124).

Mais si nous n'avons pas de preuves physiques capables de faire distinguer l'insufflation de la respiration, il n'en est pas moins vrai que les preuves testimoniales viennent communément décider la question; et pour le cas spécial dont nous nous occupons, la mère ayant déclaré n'avoir pas vu vivre son enfant et n'ayant pas pratiqué l'insufflation, on peut en conclure à la respiration.

Cinquième question. La respiration s'est-elle établie avant ou après la naissance? Nous fondons cette question sur la possibilité de la respiration pendant la vie intra-utérine; ce que des exemples bien circonstanciés de vagissement utérin ont fait admettre généralement. Toutefois on pourrait ici objecter que le vagissement utérin ne prouve pas positivement, que la respiration ait eu lieu, c'est-à-dire que les poumons soumis à la docimasie surnageront; en effet des cris peuvent se produire par

le passage de l'air à travers la glotte, sans que cet air ait dû pénétrer dans les vésicules pulmonaires : mais ce qui met hors de doute la respiration intra-utérine, c'est cet exemple rapporté par M. Lados, d'un enfant mort-né et dont *tout le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche avaient respiré.* (Voir *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1837, p. 105.) On ne peut donc pas conclure qu'un enfant *est né vivant* par cela seul qu'il a respiré.

Sixième question. Dans la supposition que l'enfant aurait vécu, est-il mort par hémorrhagie ombilicale ? L'absence de ligature au cordon ombilical peut faire périr l'enfant d'hémorrhagie ombilicale et cette hémorrhagie survient d'autant plus facilement que la portion de cordon adhérent à l'ombilic est moins longue et que le cordon a été coupé par un instrument tranchant. Dans le cas dont il est ici question, la portion de cordon adhérente à l'ombilic avait une longueur de plus de deux pieds et son extrémité libre était déchirée d'une manière inégale et frangée, ce qui rend l'hémorrhagie ombilicale peu probable. Nous ferons remarquer que les médecins experts n'ont fait aucune mention dans leur rapport de la plus ou moins grande quantité de sang renfermé dans les poumons, dans les cavités du cœur, dans les gros vaisseaux; ce qui n'était pas seulement nécessaire pour décider la question de l'hémorrhagie ombilicale, mais aussi pour décider si l'enfant avait succombé à une asphyxie par strangulation. Rien dans le rapport des experts ni dans les interrogatoires de la fille J. C. Bosschaerts, n'indique si elle a déchiré le cordon ombilical, ou s'il a été rompu par le fait de l'accouchement.

Septième question. Dans la supposition que l'enfant aurait vécu, est-il mort d'asphyxie par strangulation ? Le cadavre de l'enfant ne présente aucune trace de violences extérieures sinon, dit le rapport, qu'à la partie antérieure et moyenne du cou et au pourtour de la bouche, où siégent plusieurs larges ecchymoses ressemblant à des impressions digitales de couleur violacée avec épanchement dans les chairs subjacentes d'un sang caillé. Cette description nous paraît trop vague pour rapport de médecine légale. On aurait dû préciser le nombre, la grandeur, la direction de ces ecchymoses, on aurait dû faire connaître approxi-

mativement la quantité de sang caillé épanché dans les chairs. Ces détails sont de toute nécessité pour pouvoir décider si ces violences ont été produites *pendant la vie*, ou *peu de temps après la mort.* En effet ne serait-il pas possible que des caillots de sang se formassent si la violence avait été portée peu de temps après la mort et si elle avait produit la déchirure d'un vaisseau un peu volumineux dans le voisinage d'un tissu cellulaire lâche, ce qui existe pour le pourtour de la bouche et pour la partie antérieure du cou. C'est aussi l'opinion de M. Orfila et de M. Rob. Christison, d'Edimbourg, qui ont fait séparément un grand nombre d'expériences sur ce sujet (voir *Précis élémentaire de médecine légale ;* par F. J. Matthyssens, tome 1er, pag. 382 et 386). Pour le cas spécial, dont nous nous occupons, il se peut fort bien que ces violences ont été faites *involontairement* peu de temps après la mort. La fille J. C. Bosschaerts, a déclaré n'avoir pas vu vivre son enfant et l'avoir *noué* (*gebonden*) dans un mauvais jupon. Or il se peut que la fille J. C. Bosschaerts ait pu produire *involontairement* ces traces de violences pendant cette opération, soit avec ses doigts, soit avec les plis ou les rubans du jupon. Rien dans le rapport des experts ne nous dit, qu'ils aient recherché dans quelle situation se trouvait placé l'enfant, de quelle manière il était renfermé dans le jupon, ni qu'ils se soient fait représenter ce jupon. D'ailleurs en supposant que ces traces de violences aient été faites pendant la vie, ce qui n'est pas prouvé, resterait encore à savoir si elles n'ont pu être le fait de l'accouchement, si la fille J. C. Bosschaerts ne les aurait pas pu occasionner *involontairement* en serrant avec force de ses mains la tête et le cou de son enfant déjà sortis de la vulve, pendant que les épaules et le tronc étaient encore dans les parties génitales, afin d'accélérer sa délivrance.

Enfin ne serait-il pas encore possible que ces traces de violences fussent le résultat de ce que la mère assise pendant le travail sur un corps dur, à surface irrégulière, aurait fait des mouvements désordonnés, de manière que la face et le cou de l'enfant, après leur sortie de la vulve, seraient venus frapper contre ce corps ? L'on sait en effet qu'au moment des dernières douleurs de l'enfantement, les femmes ne tiennent presque ja-

mais leur bassin dans la même position, mais qu'elles le soulèvent et l'abaissent alternativement ou le déjettent d'un côté à l'autre.

Rien dans le rapport n'indique dans quel état se trouvait le larynx, la trachée-artère, s'ils ne renfermaient pas une mousse sanguinolente; si les poumons coupés en morceaux et comprimés *hors de l'eau* ne renfermaient pas une mousse. L'absence de ces indications donne encore tout le droit de supposer que l'enfant, soit qu'il ait respiré pendant la vie intra-utérine, soit qu'il ait respiré, la tête étant sortie de l'utérus, ait pu tomber avec la face contre terre et plonger dans les eaux de l'amnios et le sang perdu par la mère et périr de la sorte.

Huitième question. L'enfant est-il mort par congestion cérébrale? « Le cerveau mis à découvert, disent les médecins rapporteurs, il nous a paru évident que tous les organes contenus dans la boîte du crâne étaient manifestement congestionnés; les sinus et les membranes du cerveau étaient gorgés de sang; le cerveau était mollasse et la rougeur de sa substance démontrait clairement qu'il était dans un état de congestion sanguine. »

Ces phénomènes anatomiques constituent une injection veineuse passive du cerveau et de ses membranes; ils ont pu faire périr l'enfant, cependant ils n'offrent pas une intensité suffisante pour pouvoir le décider. En effet l'observation nous apprend que chez l'enfant nouveau-né la substance cérébrale est molle, et que l'injection des méninges et du cerveau est si commune chez l'enfant naissant qu'il semblerait plus juste, dit Billard (1) de la considérer comme un état naturel que comme un état pathologique. On la trouve sur le plus grand nombre de cadavres. L'un de nous, M. C. Broeckx, médecin de l'hospice des enfants trouvés à Anvers, a fait la même remarque. Nous ajouterons aussi, qu'il n'est pas très-rare dans la pratique des accouchements de voir naître des enfants avec la face livide, sans que pour cela l'accouchement ait été laborieux. On conçoit au reste, la fréquence de ces congestions passives chez l'enfant naissant, si l'on fait attention à l'abondance des vaisseaux du cerveau, à

(1) *Traité des maladies des enfants.*

la facilité avec laquelle il survient un obstacle à la circulation et à la respiration, et à l'influence de celle-ci sur la circulation cérébrale.

Conclusions.

De toutes les discussions qui précèdent il résulte :

1° Que la fille J. C. Bosschaerts est accouchée récemment.

2° Qu'il est impossible de fixer depuis combien de jours date l'accouchement.

3° Que l'accouchement a pu être facile et qu'il est probable qu'il a été facile.

4° Que l'enfant de la fille J. C. Bosschaerts était à terme et viable.

5° Qu'il est impossible de fixer depuis combien de jours date la naissance de l'enfant.

6° Qu'il a respiré; mais qu'il n'est pas prouvé qu'il ait respiré après sa naissance. (Cette conclusion est contraire à celle des médecins experts, qui disent que l'enfant est *né vivant.*)

7° Qu'il n'est pas probable qu'il soit mort d'hémorrhagie ombilicale.

8° Que les données renfermées dans le rapport des médecins experts, sont insuffisantes pour pouvoir décider que l'enfant, dans la supposition qu'il eût vécu, fut mort d'asphyxie par strangulation. (Les médecins rapporteurs disent, il *paraît* avoir succombé à l'asphyxie par strangulation.)

9° Que les traces de violences extérieures observées au cou et à la bouche de l'enfant, ont pu être faites *involontairement peu de temps après la mort,* et que dans la supposition même que ces violences eussent été produites pendant la vie, il se pourrait que la fille J. C. Bosschaerts les aurait pu occasionner involontairement en serrant avec force de ses mains la tête et le cou de son enfant, afin d'accélérer sa délivrance; ou bien qu'ils fussent le résultat de ce que la face et le cou de l'enfant seraient venus frapper, par suite de mouvements désordonnés de la mère, contre un corps dûr et irrégulier après leur sortie de la vulve.

10° Qu'il se pourrait que l'enfant ayant respiré dans l'utérus ou lorsque sa tête fut sortie de l'utérus, fût tombé avec la face

contre terre et asphyxié par les eaux amniotiques et le sang perdu par la mère.

11° Que les symptômes de congestion cérébrale observés à l'ouverture du crâne, constituant plutôt un état naturel général, qu'un état pathologique exceptionnel, sont incapables de fournir des conclusions rigoureuses, et qu'il se peut pour le cas actuel qu'ils fussent liés à l'arrêt de la respiration soit pendant le travail, soit immédiatement après la naissance.

Anvers, ce 21 mai 1840.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

SUR LES

RAMOLLISSEMENTS DU TUBE DIGESTIF;

Par F. J. MATTHYSSENS,

Docteur en médecine, en chirurgie et en l'art des accouchements, lecteur à l'école de l'hôpital civil d'Anvers, commissaire-directeur de la Société de médecine de la même ville, membre correspondant de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de la Société de médecine de Gand, de la Société des sciences naturelles de Bruges, du conseil central de salubrité publique de Bruxelles et membre honoraire de la Société médico-chirurgicale de Bruges.

L'histoire médico-légale des différentes espèces de ramollissement du tube digestif est de la plus haute importance en médecine légale, dans les cas de suspicion d'un empoisonnement. Aussi n'est-il pas étonnant que plusieurs médecins se soient occupés de ce sujet, tels sont : Hunter, Jæger, Chaussier, Carswel, Cruveilhier, Caffe, Pétrequin. Cependant tous ces auteurs sont loin d'être d'accord sur les différents points de ce sujet important, et nous en trouvons les motifs dans ce qu'on a décrit sous un seul nom diverses altérations du tube digestif. Il ne sera donc pas inutile d'examiner ce que l'expérience et l'observation ont appris par rapport à cette question.

§ I. *Des différentes espèces de ramollissement du tube digestif.*

Considéré dans sa profondeur, on peut distinguer le ramol-

lissement isolé de la muqueuse digestive et le ramollissement de toutes les tuniques du tube gastro-intestinal. Quant à la nature du ramollissement, on n'en distingue communément que deux espèces, le ramollissement inflammatoire et le ramollissement cadavérique. Nous croyons nous qu'il faut en admettre quatre espèces : 1° Le ramollissement de nature inflammatoire; 2° le ramollissement gélatiniforme; 3° le ramollissement pulpeux cadavérique; 4° le ramollissement par putréfaction avancée.

§ II. *Du ramollissement de nature inflammatoire.*

Ce ramollissement attaque de préférence la muqueuse du tube digestif. Celle-ci est molle, diffluente, il est impossible de l'enlever par lambeaux et elle se réduit en pulpe par le plus léger grattage; sa couleur est rouge, ou brune.

Ce ramollissement existe tantôt sous forme de points, de taches, tantôt sous forme de bandes allongées, le long de la surface saillante des replis de la muqueuse gastrique, ce qui a lieu dans le cas où les parois de ce viscère se sont trouvées en contact avec un liquide irritant. Quelquefois il arrive que la muqueuse est tellement ramollie qu'elle a disparu en certains points et alors on ne trouve plus que la membrane fibreuse sous-jacente. Il est même des cas où l'on a observé que la muqueuse ramollie avait disparu dans toute l'étendue de l'estomac depuis le cardia jusqu'au pylore. Remarquons toutefois que c'est dans la portion splénique de ce viscère, que l'on constate le plus souvent le ramollissement de la muqueuse, et nous en trouvons la raison avec M. Cruveilhier dans l'état plus mou, plus ténu et plus vasculaire de la muqueuse à gauche de l'orifice œsophagien, tandis qu'à droite cette membrane est épaisse, résistante; ce que M. Cruveilhier exprime spirituellement en disant, « que sous le rapport de la membrane muqueuse, l'homme a vraiment deux estomacs. »

Nous avons dit plus haut que le ramollissement de nature inflammatoire offre une couleur rouge ou brune, il se pourrait cependant qu'elle offrit *par parties* une autre coloration, telle que noire, bleuâtre, verdâtre, jaunâtre, comme dans l'empoi-

sonnement par l'acide sulfurique, par le bleu de composition, comme dans le cas où de la bile se trouve épanchée dans l'estomac, etc.

Le ramollissement de nature inflammatoire peut se former d'une manière aiguë, soit spontanément, soit par l'ingestion d'une substance vénéneuse irritante, et dans ce cas on observe communément pendant la vie, des douleurs à l'épigastre, des nausées, des vomissements, etc. D'autres fois il survient d'une manière lente, comme dans beaucoup de maladies chroniques, surtout dans celles du poumon.

M. Andral dit que le ramollissement de la muqueuse gastrique lui a paru une affection commune chez les vieillards, dont les digestions, au milieu d'une santé très-bonne jusqu'alors, commencent à se déranger. Cet état est caractérisé par la diminution de l'appétit et plus tard par le dégoût le plus profond pour toute espèce d'aliment, par un sentiment habituel de gêne et de pesanteur à la région de l'estomac et par un enduit plus ou moins épais de la langue, qui rougit et se sèche de temps en temps. Ces symptômes peuvent persister plusieurs mois, puis le pouls s'accélère, un amaigrissement considérable a lieu, les forces déclinent rapidement et la mort arrive sans qu'aucun organe ait paru gravement affecté.

Nous avons remarqué plus haut que le ramollissement de nature inflammatoire attaque de préférence la muqueuse digestive, cependant il peut aussi être étendu à toute l'épaisseur du tube digestif. M. Andral en a observé un exemple chez un enfant, qui quelques mois avant sa mort avait pris du sulfure de potasse. A l'autopsie la totalité des parois de l'estomac ressemblait à une substance pulpeuse d'un rouge cerise.

§ III. *Ramollissement gélatiniforme.*

Le nom de ramollissement gélatiniforme a été donné par M. Cruveilhier à la transformation en une sorte de mucus gélatineux des parois du tube digestif, sans aucune trace d'un travail morbide inflammatoire. Ce ramollissement s'opère de l'intérieur vers l'extérieur. D'abord les fibres des parois du tube digestif

sont simplement écartées par un mucus gélatineux, plus tard elles disparaissent et alors l'estomac ou l'intestin ressemblent à de la gélatine transparente, sans aucune trace d'organisation, complétement dépourvus de vaisseaux, et répandant une odeur de lait caillé, sans odeur de putréfaction. M. Cruveilhier a remarqué comme phénomène remarquable la coloration noire des vaisseaux qui avoisinent le ramollissement, couleur qu'il n'a jamais rencontrée ni dans les parties désorganisées, ni dans les liquides contenus.

La plupart des médecins regardent le ramollissement gélatiniforme du tube gastro-intestinal comme une lésion cadavérique. Plus loin nous discuterons cette opinion; nous dirons toutefois d'avance que nous croyons le contraire et dès lors il importe que nous fassions connaître les symptômes qui accompagnent cette lésion pendant la vie.

D'après M. Cruveilhier, le ramollissement gélatiniforme des enfants nouveau-nés est caractérisé par les symptômes suivants : « diarrhée verte très-fréquente, semblable à de l'herbe hachée, si la maladie est intestinale; des vomissements muqueux ou bilieux, si la maladie attaque l'estomac; soif ardente, insatiable, tout à fait caractéristique; amaigrissement très-rapide, quelquefois en 12 heures; prostration des forces excessive, face décomposée et décolorée ; assoupissement léger, interrompu par des cris plaintifs et des contorsions; mauvaise humeur que rien n'égale; pouls lent et irrégulier, froid des extrémités. »

Il est facile de voir par l'énumération de ces symptômes que le ramollissement gélatiniforme des enfants nouveau-nés est cette maladie que vulgairement l'on désigne en flamand, *het zuer in de darmen.*

M. Andral rapporte l'observation d'un enfant qui, se portant très-bien, fut pris sans cause connue de vomissements, qui après avoir persisté pendant deux jours furent remplacés par des convulsions et enfin par un état comateux au milieu duquel l'enfant succomba 5 à 6 jours après l'invasion de sa maladie. A l'autopsie on trouva dans sa totalité, l'estomac tellement ramolli, qu'en quelque point qu'on pressât les parois, elles se réduisaient en bouillie et se déchiraient, cet estomac était par-

tout d'une remarquable pâleur. Ici les symptômes morbides ont la plus grande analogie avec ceux de l'hydrocéphale aiguë, analogie que M. Cruveilhier avait déjà signalée en 1821.

Billard indique comme symptômes appartenant au ramollissement gélatiniforme (*ramollissement de la muqueuse gastro-intestinale*) chez les enfants, la décoloration générale des téguments et l'aspect étiolée des enfants, dont la peau ressemble à celle des filles chlorotiques.

Dans l'état actuel de la science, on n'a pu encore établir quels sont les symptômes qui caractérisent le ramollissement gélatiniforme chez les adultes. Souvent l'on n'a observé aucun symptôme du côté des voies digestives, tandis qu'il existait des troubles dans les fonctions de l'innervation.

Chez les enfants nouveau-nés le ramollissement gélatiniforme du tube gastro-intestinal a été surtout observé chez ceux qui étaient récemment sevrés et mal nourris, et dès lors on en a conclu que cette mauvaise nourriture avait été pour les organes digestifs une cause d'irritation. Il se pourrait toutefois aussi que le ramollissement gélatiniforme fut le résultat de ce que des aliments ou insuffisants ou mal appropriés à l'action nutritive des organes auraient produit le désordre dans chaque nutrition et dans celle de l'estomac et des intestins en particulier. Le ramollissement de la cornée transparente observé par M. Magendie sur des chiens que l'on avait nourris pendant longtemps avec du sucre, semble venir à l'appui de cette dernière opinion.

Le ramollissement gélatiniforme des membranes du tube digestif est-il lié à la supersécrétion d'un acide dans cet organe? Je suis assez porté à admettre cette opinion surtout si l'on fait attention que le suc contenu dans l'estomac est toujours acide, même dans les digestions les plus naturelles et que l'acidité de ce suc est susceptible d'augmentation comme dans le fer chaud par exemple. Ce qui vient encore à l'appui de cette hypothèse, c'est la coloration noirâtre des vaisseaux qui avoisinent le ramollissement, coloration qui peut tenir à la présence d'un acide. Mais l'existence d'un acide dans les voies gastriques, est-elle cause du ramollissement? On peut en douter, puisque l'on a observé le ramollissement gélatiniforme dans l'œsophage, dans

l'intestin grêle, dans les gros intestins, et ici l'on ne peut plus invoquer la présence du suc gastrique acide, puisque dans l'œsophage ce suc n'existe pas et que dans les gros intestins, les matières excrémentitielles sont alcalines.

§ IV. *Ramollissement pulpeux cadavérique.*

Cette espèce particulière de ramollissement des parois du tube digestif, n'est pas admise par tous les auteurs ou du moins elle a été confondue par plusieurs avec le ramollissement gélatiniforme. Elle consiste en une transformation pulpeuse de la muqueuse gastrique et quelquefois des autres tuniques de l'estomac. Les parties ramollies sont diversement colorées en rouge, en brun, en vert, et cette coloration est souvent la même que celle des liquides contenus dans la cavité de ce viscère.

Le ramollissement pulpeux occupe presque constamment le cardia de l'estomac, et si parfois il s'étend vers le pylore, c'est le long du bord libre des replis de la muqueuse. Quelquefois on a observé qu'il était exactement borné par un plan perpendiculaire à l'axe de l'estomac et passant par l'orifice œsophagien, ce qui s'explique par l'accumulation des liquides dans l'extrémité cardiaque. Dans un degré très-avancé le ramollissement pulpeux peut s'étendre à toute la muqueuse de l'estomac et cette muqueuse même disparaître en totalité, comme M. Cruveilhier en a observé un exemple dans un estomac contenant une très-grande quantité de liquide.

Nous examinerons plus loin quelles nous paraissent être les causes du ramollissement pulpeux, et quels sont les motifs qui nous font admettre que c'est une lésion cadavérique.

§ V. *Ramollissement par putréfaction avancée.*

Le ramollissement des parois du tube digestif résultant de la putréfaction ne s'opère que d'une manière lente. Le plus souvent ce n'est qu'au bout de quinze à vingt jours que la membrane muqueuse *commence* à se ramollir; tandis que le ramollissement pulpeux se manifeste peu d'heures après la mort.

Le ramollissement par putréfaction avancée est en général facilement reconnaissable par les circonstances qui l'accompagnent. Ainsi la muqueuse est grisâtre, d'un gris bleuâtre ou d'un vert bouteille; quelquefois ces teintes sont piquetées de rouge et de violet; des bulbes gazeuses la soulèvent des autres tuniques. Plus tard elle devient semblable à une couche purulente très-fétide, ou à un liquide de couleur bistre, semblable à de la boue délayée.

Le ramollissement par putréfaction s'opère plus rapidement lorsque les parties sont exposées au contact de l'air que dans la circonstance opposée. Billard laissa étendu sur une table pendant douze jours un tube digestif ouvert. Au bout de six jours la putréfaction était déjà très-avancée et la muqueuse commença à se ramollir; le dixième jour elle était pulpeuse et le onzième, elle n'offrit plus qu'une bouillie verdâtre d'une grande fétidité. Le même auteur ayant laissé séjourner pendant deux mois dans la même eau une portion d'intestin, ne constata au bout de ce temps qu'un ramollissement peu sensible de la muqueuse et au bout de trois mois, elle ne ressemblait plus qu'à une sorte de couche purulente très-fétide.

§ VI. *Les ramollissements des parois du tube digestif sont-ils une lésion pathologique ou bien cadavérique?*

On sera peut-être étonné que nous n'avons pas examiné cette question lors de la description particulière de chaque espèce de ramollissement. Nous n'avons pas cru devoir en agir ainsi, parce que la solution de cette question ne peut se donner qu'en comparant les différentes espèces de ramollissement; or, pour comparer, il faut d'abord connaître.

La question que nous allons maintenant agiter est de la plus haute importance sous le point de vue médico-légal, et à son égard la divergence des opinions en prouve la difficulté, du moins pour le ramollissement gélatiniforme et le ramollissement pulpeux.

Il n'en est pas de même pour le ramollissement par putréfaction et pour le ramollissement de nature inflammatoire.

Cependant il peut être souvent difficile de distinguer ce dernier du ramollissement pulpeux; et pour y parvenir il faut avoir égard à plusieurs circonstances, telles que la couleur du ramollissement, son étendue, sa forme, l'état des parties environnantes, et les symptômes morbides observés pendant la vie.

1° *Couleur.* Dans le ramollissement de nature inflammatoire les parties sont colorées en rouge ou brun; il peut en être de même dans le ramollissement pulpeux; toutefois la coloration de ce dernier est plus souvent d'un gris livide ou d'un gris verdâtre.

2° *Étendue.* Le ramollissement de nature inflammatoire peut occuper indistinctement toutes les parties du tube digestif, tandis que le ramollissement pulpeux occupe presque exclusivement l'estomac, et la distinction deviendra très-facile lorsque le ramollissement sera exactement borné au cardia par un plan perpendiculaire passant par l'orifice œsophagien.

3° *Forme.* Dans le ramollissement de nature inflammatoire les parties lésées se présentent tantôt sous forme de points, de taches, d'arborisations, de lignes allongées, tandis que le ramollissement pulpeux se présente presque constamment sous forme d'une large plaque ayant son siége dans la portion splénique de l'estomac.

4° *État des parties environnantes.* Dans le ramollissement de nature inflammatoire, il doit être infiniment rare qu'il n'existe pas en même temps d'autres lésions telles qu'une injection vasculaire arborisée, des ecchymoses sous-muqueuses, des ulcérations, un épaississement des autres tuniques, etc. Dans le ramollissement pulpeux on n'observera pas cette coïncidence à moins qu'il ne se trouve des cas où l'estomac primitivement enflammé, ne vienne plus tard à subir le ramollissement pulpeux.

5° *Symptômes observés pendant la vie.* Le ramollissement de nature inflammatoire sera, dans la plupart des circonstances, précédé de symptômes morbides du côté des voies digestives; le ramollissement pulpeux, au contraire, a été observé après les morts subites pendant le temps de la digestion stomacale, comme nous le dirons ci-après.

Il est facile de voir que parmi les signes distinctifs que nous

venons d'énumérer, il n'y en a aucun qui ait une valeur absolue par lui-même; aussi devra-t-on juger leur valeur d'ensemble et alors même il se trouvera des cas dans la pratique de la médecine légale où il sera très-difficile de porter un jugement positif.

Le ramollissement pulpeux de l'estomac a été observé quelques heures après la mort, alors qu'il n'y avait encore aucun signe de putréfaction, et dès lors il est évident que la putréfaction ne peut en être la cause; cependant elle semble le favoriser. Cherchons maintenant dans quels cas le ramollissement pulpeux a été observé.

a. Un individu se précipita d'une fenêtre, 4 à 5 heures après un repas copieux où il avait bu beaucoup de vin; il mourut à l'instant et l'on trouva la muqueuse stomacale ramollie fortement teinte en rouge lie de vin. (Cruveilhier.)

b. Un jeune homme succombe, le 30e jour, d'une entérite folliculeuse, sans avoir présenté aucun symptôme du côté de l'estomac. Une assez grande quantité de liquide est accumulée dans la grosse extrémité de ce viscère; cette partie est demi-transparente, la muqueuse s'enlève sous forme de boue et l'altération est exactement circonscrite à la grosse tubérosité. (Le même.)

c. Un lapin de 11 mois, bien portant et gras, fut tué d'un coup derrière la tête; neuf heures après, on l'ouvrit; la membrane muqueuse de l'estomac fut trouvée ramollie et détruite au niveau du grand cul-de-sac, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs. Sur ce point se trouvait réduit à un état plus avancé de chimification le son qu'avait mangé l'animal.

d. Toutes les fois que l'on fait mourir violemment un animal pendant le temps de la digestion stomacale, on trouve un ramollissement pulpeux d'une partie de ce viscère.

De ces faits il résulte que le ramollissement pulpeux des membranes de l'estomac survient dans les cas où il existe des substances alimentaires dans ce viscère lors de l'époque de la mort. On peut aussi en inférer que ce ramollissement pulpeux ne se produit qu'après la cessation de la vie, puisqu'on l'observe sur des animaux bien portants que l'on fait mourir pendant la digestion stomacale. Quant à la cause de cette altération, la

première idée qui se présente à l'esprit, c'est d'admettre que c'est le suc gastrique qui, pendant la vie, n'a aucune action sur les membranes stomacales, tandis qu'il dissout celles-ci après la mort. Le fait suivant vient corroborer cette manière de voir.

Le docteur Lovell, chirurgien en chef des armées des États-Unis, recueillit sur un homme jeune et bien constitué qui présentait une fistule stomacale, suite d'un coup de feu, une certaine quantité de suc gastrique, qui s'écoulait par la fistule. Ce suc fut mis en contact avec de la viande dans une fiole et l'on vit qu'il la dissolvait de la périphérie au centre; elle fondait comme un morceau de gomme arabique que l'on tient dans la bouche. Si telle est donc l'activité du suc gastrique, il ne répugne nullement d'admettre que si après la mort il se trouve dans l'estomac une certaine quantité de ce suc, il ne puisse opérer la dissolution des tuniques de ce viscère. Mais cette dissolution, qui sans aucun doute est de nature chimique, ne nous paraît pas être le résultat d'un caustique, mais bien d'un dissolvant spécial des substances alimentaires (1). Ajoutons que cette dissolution par le suc gastrique des parois stomacales, après la vie, nous paraît être favorisée par la pénétration d'une grande quantité de sang de ces mêmes parois, par suite de la digestion stomacale.

Une remarque que nous croyons devoir faire, c'est qu'il n'est pas absolument nécessaire qu'au moment de la mort il se trouve dans l'estomac des substances alimentaires solides, pour que l'on trouve à l'autopsie le ramollissement pulpeux; cette altération s'observe également lorsque l'estomac ne contient que des liquides. Aussi se pourrait-il bien que la présence du suc gastrique ne fût pas toujours d'une nécessité absolue pour la production du ramollissement pulpeux, et que dans certaines circonstances favorables il fût le résultat d'un commencement de décomposition cadavérique spéciale.

(1) M. Cruveilhier avait cru pouvoir faciliter les ramollissements pulpeux (pultacé) par l'introduction d'une certaine quantité d'acide acétique; point du tout, les vaisseaux sont devenus noirs, mais la muqueuse a conservé sa consistance pendant quelque temps, puis elle s'est épaissie et enfin ramollie à la manière d'une gelée : donc le ramollissement pulpeux, dit-il, ne tient pas à la présence d'un acide.

Nous pourrions multiplier les observations de ramollissement pulpeux de l'estomac, mais nous croyons que les faits que nous avons rapportés plus haut sont suffisants pour ne laisser aucun doute que cette altération ne soit cadavérique. Passons maintenant au ramollissement gélatiniforme.

Nous avons déjà dit plus haut que souvent on confond le ramollissement pulpeux avec le ramollissement gélatiniforme; cependant leur différence ressort clairement par la simple description que nous en avons donnée; aussi serait-il superflu de nous occuper plus longuement de cette distinction.

On peut prouver la nature pathologique du ramollissement gélatiniforme 1° par l'observation de maladies, 2° par son siége, 3° par son étendue.

1° *Observation de maladies.* Presque tous les médecins des hôpitaux des enfants nouveaux-nés ont eu l'occasion d'observer le ramollissement gélatiniforme des voies digestives, et il suffit de lire les observations qu'ils en ont données, pour se convaincre qu'il y a une corrélation réelle entre les symptômes observés pendant la vie et l'altération trouvée sur le cadavre; et les faits que nous avons rapportés plus haut le prouvent également d'une manière manifeste. Au reste, si le ramollissement gélatiniforme était une lésion cadavérique, on aurait l'occasion de l'observer très-fréquemment, et c'est le contraire qui arrive, on devrait aussi l'observer plus souvent dans les autopsies tardives et par une température élevée.

2° *Siége.* Le ramollissement gélatiniforme occupe le plus souvent la portion splénique de l'estomac; mais il en occupe indifféremment la partie antérieure ou postérieure, tandis que le ramollissement pulpeux occupe toujours l'endroit le plus déclive de ce viscère, là où les liquides se trouvent accumulés.

On a également rencontré le ramollissement gélatiniforme dans les intestins et dans l'œsophage, et dans un cas de cette dernière espèce rapporté par M. Cruveilhier, il y avait conjointement une eschare d'un jaune ocré, ce qui témoigne en faveur d'une altération produite pendant la vie.

3° *Étendue.* Le ramollissement pulpeux est parfois exactement limité comme nous l'avons dit plus haut, par une ligne

perpendiculaire à l'axe de l'estomac et passant par l'orifice œsophagien, ce qui s'explique par l'accumulation des liquides dans la portion splénique de ce viscère, or, c'est ce que l'on n'a jamais observé pour le ramollissement gélatiniforme.

On pourra objecter contre la vitalité du ramollissement gélatiniforme, que les perforations dont il est souvent l'occasion, n'ont jamais été trouvées accompagnées d'inflammation péritonéale. Cette objection me paraît plus spécieuse que solide; en effet, il est indubitable que dans les cas de péritonite par suite de perforations, l'on n'a pas toujours recherché à quelle cause on devait attribuer ces dernières. D'ailleurs on conçoit facilement que ces perforations peuvent se produire après la mort, par les mouvements que l'on imprime au cadavre, puisque les parties atteintes de ramollissement sont très-friables.

On pourra encore objecter contre la vitalité du ramollissement gélatiniforme, que l'on peut produire artificiellement cette lésion en introduisant de l'eau très-acidulée, de l'eau alcaline dans l'estomac. Mais alors il faut une dose assez considérable de ces agents, et ce n'est qu'au bout de deux, trois ou quatre jours que la transformation en gélatine commence à s'opérer; il faut alors au moins, dit M. Cruveilhier, huit jours pour qu'elle soit aussi complète que dans l'état de maladie. D'ailleurs cela prouve seulement comme le remarque le savant médecin que nous venons de citer, que les maladies impriment à nos organes des altérations tout à fait identiques à celle que certains agents physiques ou chimiques peuvent déterminer.

Des considérations qui précèdent nous croyons pouvoir déduire le résumé suivant :

1° Il existe quatre espèces de ramollissement des parois du tube digestif; 1° le ramollissement de nature inflammatoire; 2° le ramollissement gélatiniforme; 3° le ramollissement pulpeux cadavérique; 4° le ramollissement par putréfaction avancée.

2° Le ramollissement gélatiniforme est une lésion pathologique se rencontrant le plus fréquemment chez les enfants nouveau-nés.

3° Le ramollissement de nature inflammatoire n'est pas toujours facile à distinguer du ramollissement pulpeux et parmi les

caractères distinctifs auxquels on doit plus particulièrement avoir égard, se trouve la coexistence d'autres lésions anatomiques de l'inflammation. Le plus communément le ramollissement de nature inflammatoire est accompagné pendant la vie de symptômes morbides du côté des voies digestives. Le ramollissement pulpeux cadavérique se remarque au contraire lorsque la mort arrive subitement au milieu d'une santé florissante, et pendant le temps de la digestion stomacale; il est le résultat d'une action chimique sur les parois stomacales par les solides ou liquides, qui s'y trouvent contenus au moment de la mort.

4° Le ramollissement par putréfaction avancée est une dissolution putride des parois digestives; il ne survient que lentement, tandis que le ramollissement pulpeux s'observe quelques heures après la mort.

5° La nature pathologique du ramollissement gélatiniforme est particulièrement prouvée par l'observation des maladies où les symptômes ont eu une corrélation manifeste avec les lésions trouvées sur le cadavre.

HOPITAL St-JEAN DE BRUXELLES.

SERVICE DE M. LE Dr VANCUTSEM.

TABLEAU DES VARIOLEUX ADMIS DEPUIS LE MOIS DE SEPTEMBRE 1839, JUSQU'AU 15 MAI 1840 INCLUSIVEMENT.

NOMBRE ABSOLU 52.

1er *Tableau des varioleux qui ont été vaccinés, ou qui prétendent l'avoir été.*

SEXES.	VARIOLE CONFLUENTE.	VARIOLE DISCRÈTE.	VARICELLE.	VARIOLE SIMPLE.	VARIOLE COMPLIQUÉE.	SORTIES.	MORTS.	OBSERVATIONS.
HOMMES.	5	9	3	9	5	16	1	
FEMMES.	5	6	0	8	3	9	2	Décès 1 : 8
TOTAL.	10	15	3	17	8	25	3	

2me *Tableau des varioleux qui n'ont pas été vaccinés.*

SEXES.	VARIOLE CONFLUENTE.	VARIOLE DISCRÈTE.	VARICELLE.	VARIOLE SIMPLE.	VARIOLE COMPLIQUÉE.	SORTIES.	MORTS.	OBSERVATIONS.
HOMMES.	7	4	0	7	4	8	3	
FEMMES.	7	6	0	11	2	13	0	Décès 1 : 8
TOTAL.	14	10	0	18	6	21	3	

Observations.

Ce qui doit frapper le plus en lisant le tableau ci-joint, c'est l'augmentation considérable dans le nombre des varioleux, prin-

cipalement dans ces derniers mois. A l'hôpital St-Jean, seul asile où les indigents de Bruxelles, atteints de variole, peuvent être traités, ce nombre n'était pour les années précédentes que fort restreint; c'est tout au plus s'il en venait annuellement huit ou dix. Cette augmentation progressive date depuis plusieurs mois, mais principalement de la fin du mois de janvier de la présente année.

Si la contagion de la variole pouvait être encore un problême, elle ne le serait plus pour nous. Nous l'avons vue se transmettre d'un père à ses enfants, au nombre de deux, et de ceux-ci aux personnes qui les visitaient.

Relativement à l'âge où la variole apparaît, nous avons remarqué qu'elle était plus fréquente au-dessus de 15 ans, qu'au-dessous de cet âge. Pour les cas qui composent le relevé, nous avons seulement 8 cas au-dessous, tandis que l'autre nombre disproportionnément plus grand, monte jusqu'à 44. Nous n'avons pas vu la petite-vérole apparaître au delà de 36 ans.

Nous croyons avoir remarqué qu'elle était beaucoup plus grave chez les personnes avancées en âge, que chez les jeunes sujets. C'est ainsi que sur les 6 cas de mort signalés les individus étaient âgés, un d'un an et demi, un de neuf, un de vingt-deux, deux de trente-six.

La gravité des complications qui sont venues se joindre à la marche de la variole, nous a semblé n'avoir rien perdu de son énergie, bien qu'elles se manifestassent sur des sujets qui avaient été vaccinés. Au contraire, un nommé Boert (Jacques), âgé de 26 ans, qui avait eu la variole et qui portait à la figure des cicatrices indélébiles, preuve irréfragable d'une variole dans son bas âge, contracta de nouveau une petite-vérole confluente, précédée et accompagnée jusque dans la période de suppuration, de symptômes cérébraux violents, tels que délire, etc., mais que l'on appaisa à l'aide de plusieurs applications de sangsues à la tête et à la nuque.

Les complications que nous avons été à même d'observer sont, en première ligne, les affections de l'encéphale et de ses membranes, précédant tantôt l'éruption, tantôt l'accompagnant, ou bien enfin subsistant jusque dans la période de suppuration

avancée. Souvent on s'en est rendu maître sans avoir recours à la saignée, toujours difficile dans ce dernier cas. Les applications de sangsues, pratiquées pendant le cours de ces périodes, et renouvelées suivant les indications, ont présenté d'heureux résultats. Si néanmoins les symptômes au lieu de s'amender s'aggravaient, en s'opposant à l'éruption et à sa marche régulière, on avait recours à la phlébotomie.

Quant aux autres complications qui sont venues se joindre à la marche de la petite-vérole, ce sont, chez l'un, un malaise, une laryngo-bronchite avec expectoration extrêmement abondante. Plusieurs applications de sangsues sous les clavicules et aux aisselles n'ont pu le sauver. Chez un autre, âgé de neuf ans, ce fut une colo-péritonite, accompagnée de selles sanguinolentes. Chez un troisième, qui fut une femme, et qui s'accoucha d'un fœtus de 7 mois, ne portant aucune trace de variole, une péritonite mortelle survint.

En général, tant que la variole marche régulièrement et parcourt ses différentes périodes sans complication, on se borne à une médecine expectante, auxboissons légèrement édulcorées, à la diète. Dans les cas contraires, on cherche à faire apparaître l'éruption, si elle ne se fait pas, ou se fait incomplétement, à modérer par les saignées ou les sangsues les symptômes d'excitation générale qui la précèdent et l'accompagnent, et à combattre par les moyens appropriés, les complications qui la précèdent, l'accompagnent et la suivent.

Les succès qui ont couronné cette méthode de traitement sont d'autant plus certains pour nous, qu'on avait à combattre non-seulement la maladie elle-même, mais encore les fâcheuses conditions hygiéniques dépendantes du local dans lequel se trouvent les malades admis à l'hôpital, et principalement les hommes. C'est sur eux aussi, comme on peut le voir, que la mortalité a été la plus grande; proportion gardée, elle a été double.

Au moment où s'agite une grave question, la révaccination, le relevé que nous publions peut être de quelqu'utilité. Si nous n'avons pas su positivement si les individus que nous plaçons dans le premier tableau ont été vaccinés, cela tient à différentes

circonstances indépendantes de notre volonté. La plupart néanmoins, et c'est le plus grand nombre, présentaient des traces de vaccination. D'autres, sans pouvoir affirmer si la vaccine a parcouru ses différentes périodes, prétendent l'avoir été. Dans un bon nombre de cas, les cicatrices, si elles existaient, pouvaient bien ne pas être aperçues à cause de la période dans laquelle se trouvaient les malades à leur entrée à l'hôpital. Quand les vésicules sont distendues par le pus, c'est chose impossible deles découvrir. L'ignorance fâcheuse et absolue des malades dans les cas douteux nous a forcé à les placer dans le nombre des varioleux non vaccinés.

Une conséquence rigoureuse qui découle des tableaux qui précèdent, c'est que la variole a atteint également les individus vaccinés et ceux qui ne l'étaient pas. La plus scrupuleuse attention a été mise pour la récapitulation. Dans les deux catégories la même proportion existe quant au nombre des décès, 1:8.

De l'exposé ci-dessus nous croyons pouvoir conclure, 1° que la variole même confluente peut atteindre une seconde fois le même sujet; 2° qu'elle peut frapper ceux qui ont été vaccinés et porteurs de cicatrices de vaccine dont les caractères ont été appréciés; 3° que développée, elle est aussi grave chez ceux qui ont été vaccinés, que chez ceux qui ne l'ont pas été; 4° que le caractère de gravité est d'autant mieux dessiné que le sujet est plus avancé en âge; 5° qu'elle apparaît rarement au delà de 35 ans.

L'utilité de la vaccine est généralement et universellement reconnue; bien peu de personnes s'élèvent aujourd'hui contre les services immenses qu'elle a rendus à l'humanité. Honneur à Jenner, qui mériterait mieux un monument de reconnaissance que ces grands conquérants qui, tout en voulant faire le bien, font souvent beaucoup de mal!

Si les effets de la vaccine ne sont pas suivis constamment d'heureux succès, cela tient en grande partie, et surtout dans la classe peu aisée de la société, à la négligence qu'elle apporte à suivre la recommandation des personnes déléguées à la secourir. Du moment qu'un enfant est vacciné, elle ne s'inquiète guère si la vaccine agit comme elle doit le faire, si elle marche régu-

lièrement, et oubliant bientôt les avis qu'on lui a donnés, les enfants ne sont plus représentés au médecin. Dès lors, la révaccination immédiate étant nécessaire, n'est pas employée. Ne pourrait-il pas se faire aussi, pour que la vaccine préserve sûrement de la petite-vérole, qu'il fût convenable de laisser parcourir leurs périodes à un ou plusieurs boutons sans recueillir le vaccin qu'ils produisent? Ne pourrait-il pas arriver aussi que la vaccine ne préserve que pour un certain temps, au delà duquel elle n'a plus d'effet, l'individu s'exposant aux causes qui la font développer? Si la vaccine, le virus qui la constitue est éliminé comme tous les tissus organiques du corps humain par le mouvement de décomposition, peut-elle préserver les tissus de nouvelle formation produite d'un mouvement opposé, la composition? Ce sont là autant de questions que nous nous garderons bien de résoudre; nous laissons à d'autres le soin de leur donner une solution qui amènerait nécessairement des données qui manquent aujourd'hui.

RAPPORT

SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE DE BOUILLON,

ADRESSÉ A MONSIEUR L'INSPECTEUR-GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE;

Par le docteur TOSQUINET, médecin de l'infirmerie de Bouillon.

Préliminaires.

Bouillon est une petite ville, de 2,500 habitants, située dans un endroit bas, enfermée par de hautes montagnes la plupart boisées. Les intervalles de ces montagnes sont des gorges étroites, sinueuses. La Semois, rivière fort poissonneuse et tor-

rentueuse, traverse cette ville, ou plutôt en enlace la plus grande partie en revenant sur elle-même et décrivant ainsi un ovale presque complet. Les rues en sont étroites, en général malpropres à cause de la grande quantité de bétail qui les traverse chaque jour. On y trouve partout des tas de fumier qui restent une bonne partie de l'année avant d'être emportés. Il y règne habituellement un brouillard épais, qui souvent à midi n'a pas encore disparu. Il y pleut beaucoup quoique les vents y soient rarement forts. L'hiver est très-violent : il tombe de la neige abondamment, qui se fond cependant assez tôt.

Bouillon a une citadelle où est logée la 2e compagnie de discipline : elle est à son extrémité sud-ouest. Il y a une caserne dans sa partie la plus basse : elle n'est séparée de la Semois que par une large berge couverte de petites pierres. De l'autre côté de la rivière, au nord, se trouve une superbe montagne entièrement revêtue de grands arbres.

La caserne se compose de deux bâtiments qui se touchent presque et qui sont inclinés l'un sur l'autre à angle très-obtus : dans l'un d'eux sont l'infirmerie et quelques ménages de sous-officiers; l'autre sert de caserne proprement dite, c'est-à-dire de logement à la troupe autre que les disciplinaires. Le commandant de la place et un officier de la garnison sont logés également dans ce dernier bâtiment. Chaque chambre de la caserne peut recevoir huit lits, et si ce n'est que les corridors et les escaliers sont trop étroits, la distribution en est assez bonne.

En avant de la caserne se voit une belle et longue plaine; c'est le terrain ordinaire d'exercice.

Historique de la maladie.

Jusqu'en 1831 on n'avait signalé aucune maladie grave, sévissant extraordinairement dans la garnison ou chez les habitants de Bouillon, et cependant à dater de 1815 la ville n'a pour ainsi dire pas cessé d'avoir garnison. De 1815 à 1829 ce fut le 12e afdeeling qui la fournit, et de 1829 jusqu'en 1830 (septembre) ce fut la 18e.

Immédiatement après la révolution, Bouillon fut occupé par

de la troupe : il y eut d'abord des volontaires, ensuite environ 700 prisonniers hollandais pendant six à sept mois.

Vers la fin de 1831 et au commencement de 1832, la garnison se composait d'un bataillon de volontaires luxembourgeois logés en partie à la caserne, en partie chez les habitants.

Parmi eux se déclara une maladie grave qui en emporta 17 à 18. Cette maladie, qu'on nomma gastro-entérite, était à n'en pas douter la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la même que celle qui décime encore aujourd'hui les soldats de la garnison.

M. le docteur Bernus, de qui viennent ces renseignements, a soigné tous les volontaires luxembourgeois malades; il assure qu'ils présentaient absolument les mêmes symptômes et les mêmes altérations anatomiques que nos malades d'aujourd'hui. La maladie frappa indistinctement les soldats de la caserne et ceux logés en ville. Les habitants cette fois payèrent tribut : sept à huit familles en furent maltraitées, et M. Bernus lui-même n'échappa pas à ce fléau. Avec le départ des volontaires luxembourgeois coïncida la cessation de la maladie.

Un détachement du 2e régiment de ligne, fort de 135 hommes, arriva le 19 septembre 1838, pour tenir garnison. Le premier fiévreux qu'il donna fut un nommé Darin, qui entra à l'infirmerie le 30 septembre 1838, et qui sortit déjà le 6 octobre suivant. Ce ne fut donc pas un cas de fièvre typhoïde. J'en dirai autant des trois fiévreux qui le suivirent immédiatement, qui entrèrent les 11, 13 et 16 octobre, et sortirent les 16 et 21 du même mois.

Le 17 octobre, les soldats Neuville et Fontaine furent dirigés comme fiévreux sur l'hôpital et n'obtinrent leur sortie que le 21 novembre et 1er décembre. On ne peut que conjecturer, quoique M. Clara pense que ce furent là deux cas de fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, le nombre d'entrants fiévreux vers la fin d'octobre prit un fort accroissement, et le 31 l'infirmerie en reçut trois, dont deux moururent, les 25 et 26 novembre, de gastro-entérite adynamique ou mieux de fièvre typhoïde; c'est ce qui conste des informations prises près de M. Clara, qui a traité ces maladies, et des registres d'entrée et de décès de l'infirmerie. Dès lors la maladie a pris cours, et en comprenant Neuville et Fontaine on compte jusqu'au départ du 2e, qui eut

lieu le 27 décembre 1838, 31 fiévreux dont 5 moururent. C'est 1 mort sur 7 entrants; mais étaient-ils tous atteints de fièvre typhoïde? C'est ce qu'il est permis de mettre en doute, les documents que j'ai à ma disposition n'étant pas assez explicites.

Un officier de ce détachement, M. Deboc, contracta la fièvre typhoïde. Au dire de tous ceux qui étaient ici à cette époque, il était souvent à la caserne et à l'infirmerie. Un disciplinaire qui se trouvait mêlé avec les malades de ce corps fut également atteint et mourut de fièvre typhoïde à l'infirmerie. Il y était venu pour blessures.

D'ici ce détachement alla dans les environs du camp et il n'y fut pas suivi par la maladie.

Au 2e succéda, comme garnison, le 2e bataillon du 12e régiment de 1000 hommes. Il était venu de Nieuport par un temps froid et pluvieux. Le 30 décembre entra fiévreux le grenadier Meuleman, qui ne sortit que le 6 février 1839; sa maladie fut une fièvre intermittente. Le 31 il se présenta un autre fiévreux, qui fut sortant le 16 janvier.

Du 1er janvier au 28 il y eut 18 fiévreux entrants, ce qui est un assez faible nombre pour un bataillon de mille hommes, tous atteints de maladies légères et dont aucun, par conséquent, ne mourut.

Le 29 janvier il en entra deux, et l'un, le nommé Debacker (Pierre), succomba; le lendemain 30, il y eut deux nouveaux entrants dont un encore mourut. Le registre des décès les fait succomber à la gastro-entérite, c'est-à-dire à la maladie de Bouillon, qu'on a nommée ainsi jusqu'à l'arrivée de M. le médecin principal Fallot, en mai dernier, qui alors lui a imposé, et avec raison, la dénomination de fièvre typhoïde. Elle a continué depuis à être appelée de la sorte. Je pense donc qu'on peut dire que la fièvre typhoïde s'est déclarée dans le 2e bataillon du 12e régiment un mois après son arrivée, et en commençant à Debacker, qui entra le 29 janvier à l'hôpital, je trouve qu'il est entré 138 fiévreux dont 37 moururent, ou 1 mort à peu près sur 4 entrants. Ce fut dans les mois de mars et d'avril qu'ils moururent presque tous.

Je répète ce que j'ai déjà dit précédemment; c'est qu'il est

loin d'être sûr que tous les entrants fiévreux étaient atteints de fièvre typhoïde.

Pendant le séjour de ce corps ici, un disciplinaire infirmier, quatre autres infirmiers et un ophthalmique du 12e ont gagné cette maladie à l'infirmerie.

Ce bataillon ne fut jamais caserné en entier; une partie qu'on renouvelait tous les mois logeait chez les habitants et dans les derniers temps fut envoyée en cantonnement dans les villages voisins. Plusieurs soldats prirent la maladie étant chez les bourgeois et chez les villageois, et cependant ne la leur communiquèrent point ou du moins la communiquèrent peu, car on ne cite qu'un atteint de la maladie, le bourgeois Fossier.

Le 5 mai 1839 on fit partir le 2e bataillon du 12e pour Dinant et Marienbourg. Ceux de Marienbourg emportèrent le mal avec eux et en infectèrent les habitants chez qui plusieurs d'entre eux étaient logés. Au nombre des morts on compte une demoiselle Lacroix et M. Jossiaux fils.

Deux compagnies du 1er bataillon du même régiment remplacèrent le bataillon parti. Elles furent casernées. A peine arrivées, elles fournirent deux fiévreux, les nommés Deherd et Pauwels, qui entrèrent le 9 mai et sortirent ensemble le 26 du même mois. Le 29 il y eut un nouveau fiévreux dont le séjour à l'hôpital ne fut pas plus long que pour les précédents. Le 4 juin il y eut deux fiévreux entrants dont un mourut de fièvre typhoïde, et jusqu'au départ il y en eut cinq autres dont un encore succomba. Ainsi soit à partir du 2 juin 7 fiévreux dont 2 morts ou 1 mort sur 3 1/2 fiévreux. Un infirmier de l'ambulance contracta la maladie en soignant les malades de ces compagnies. Il fut horriblement maltraité; cependant il échappa à la mort.

Le 28 juin 1839, les compagnies précitées furent relevées par un détachement du 7e, composé de 140 hommes. L'entrée du premier fiévreux, qui se nomme Fierts, date du 7 juillet; on le fit sortir le 1er septembre, le jour que j'ai pris le service médical de l'infirmerie.

D'après ce que MM. Van Lokeren et Clara me dirent de sa maladie et d'après les réponses que fit ce dernier à mes demandes il est sûr qu'il fut atteint d'une fièvre typhoïde. Les 12 et 15, deux

autres fiévreux entrèrent, mais comme leur sortie fut déjà accordée les 21 et 26 juillet, je ne les range pas parmi les atteints de fièvre typhoïde.

Le 16, il y eut un nouvel entrant qui mourut le 1er septembre. Cet homme, dont je fis l'autopsie, succomba certainement à une fièvre typhoïde, et à partir du lendemain de son entrée jusqu'au 25 août inclus, il y eut 32 malades de fièvre typhoïde dont 7 moururent et 13 sont encore en traitement aujourd'hui, mais franchement convalescents; de façon que, comprenant Fierts, on obtient 8 morts sur 34 atteints, ou 1 mort sur 4 1/4 atteints.

Depuis le 26 août il n'y a pas eu de nouveau cas, et tout fait espérer que nous sommes parvenus au terme de cette déplorable maladie, qui n'a que trop régné dans cette malheureuse garnison (1).

Causes.

Rappelons ici les faits principaux.

Deux fois la fièvre typhoïde a régné *épidémiquement* (c'est-à-dire en sévissant sur un grand nombre d'individus) à Bouillon depuis 1830; en 1831-1832 et en 1838-1839.

La première fois elle n'a pas plus épargné les bourgeois que les soldats.

La seconde fois un seul habitant en a souffert. Cependant, et au plus fort de l'épidémie, les habitants ont logé des militaires qu'on remplaçait chaque mois par d'autres venant de la caserne. Un officier du 2e régiment en a été atteint. La compagnie de discipline qui habite la citadelle a joui jusqu'aujourd'hui d'une immunité complète : les disciplinaires qui ont contracté la maladie ou étaient infirmiers ou étaient en traitement pour une autre maladie à l'infirmerie lors de l'invasion.

Le 12e régiment a transporté et communiqué la maladie à Marienbourg. A chaque changement de garnison on a observé de

(1) Effectivement notre espoir n'a pas été trompé. Il n'y a eu que trois cas qui se présentèrent quelques jours seulement après l'envoi de ce rapport. (Note du 6 mai 1840).

courtes interruptions, de sorte qu'il semble qu'il faille que les soldats aient séjourné quelque temps à Bouillon avant que la maladie ne les saisisse.

Notez bien que tout ceci est purement d'observation et par cela même à l'abri de toute contestation. Maintenant d'où peuvent dépendre ces épidémies?

Je laisserai de côté la première; ne l'ayant pas vue et manquant de renseignements suffisants, je ne pourrais en dire que quelque chose de très-imparfait. C'est donc particulièrement à la deuxième que s'applique ce qui suit.

On a accusé une foule de causes; en ce moment encore chacun se plait à en créer à sa fantaisie. Bien peu de celles alléguées soutiennent l'épreuve d'une bonne logique appliquée aux faits.

On a attribué la maladie à la position basse de la caserne (voir les préliminaires), mais on oubliait que de temps immémorial la caserne existe et sert de logement à la troupe sans fournir épidémiquement cette maladie. J'en dirai autant du climat, des brouillards qu'on a aussi accusés de la produire.

Peut-on dire avec plus de raison qu'il faut chercher cette cause dans les aliments ordinaires, dans l'usage immodéré de viande de veau tué trop jeune que vendaient à bas prix quelques habitants aux soldats; dans les boissons fortes, telles que le genièvre que l'on supposait falsifié; dans la grande quantité de fruits que consommait la troupe? Évidemment non, car les disciplinaires, sous tous ces rapports, agissent de la même façon que les autres militaires, et ils n'ont jamais pris la maladie.

Est-ce à la non salubrité de la ville, aux latrines qui ne se vidaient pas assez souvent, aux petits abattoirs qui existent à proximité de l'infirmerie, aux fondoirs..... qu'il faut s'attaquer? Certainement non, puisque la non salubrité de la ville est une cause large qui devrait atteindre militaires et bourgeois; les latrines ont été lavées chaque jour, et le mal n'a pas eu de trève, et quant aux petits abattoirs et aux fondoirs, ils se réduisent à si peu de chose que l'on conçoit à peine que ce puisse être une cause de maladie quand on en voit de vingt et cinquante fois plus grands n'en pas produire dans les grandes villes; et du reste c'est dans le voisinage de l'infirmerie seule

qu'ils se trouvent et, par conséquent, leur influence ne devrait pas se faire sentir à la caserne proprement dite, qui est assez éloignée d'eux.

M. le médecin principal Fallot a signalé comme cause l'extrême fatigue éprouvée par les soldats du 2e bataillon du 12e, pendant une marche au cœur de l'hiver; c'était, selon lui, ce qui en avait déposé le germe dont le développement et le revêtement de la forme épidémique auraient été dus à l'encombrement tant à la caserne qu'à l'infirmerie.

La panique dont auraient été saisis les soldats n'aurait pas été étrangère non plus à la rapidité de la propagation.

Si la maladie s'était déclarée en premier lieu chez les soldats qui ont fait cette marche et immédiatement après leur arrivée, je serais très-disposé à partager l'opinion de M. Fallot; mais par l'historique vous pouvez voir que c'est parmi les soldats du 12e régiment qu'elle a d'abord éclaté et ceux-là n'avaient ni éprouvé d'extrême fatigue ni voyagé, pour venir à Bouillon au cœur de l'hiver; ce n'est qu'un mois après l'arrivée qu'elle s'est manifestée.

Lors de l'occupation de la garnison par le 2e, en 1838, il n'y avait ni encombrement, ni panique, puisque les soldats de ce régiment ne pouvaient être saisis de cette dernière avant qu'ils n'eussent déjà un nombre imposant de malades et de morts, ou en d'autres termes avant que la maladie ne les décimât.

Cependant j'approuve en son entier la manière de voir de monsieur Fallot quand il dit que l'encombrement et la panique qui régnaient au moment de son arrivée ont aidé à la propagation. Pour les deux garnisons qui ont succédé à celle dont il est question dans le rapport de monsieur Fallot je dois encore répéter ce que j'ai dit du 2e, que pour elle il n'y a pas eu de marche fatigante ni d'encombrement et que cependant la même maladie n'a pas été moins meurtrière.

Il découle donc de là que la fièvre typhoïde de Bouillon n'a pas eu sa source dans la fatigue qu'aurait éprouvée la troupe, qu'elle a existé alors qu'il n'y avait pas encore encombrement et panique et qu'elle a continué à sévir alors qu'il n'y a plus eu d'encombrement.

D'autres vont plus loin et prétendent que c'est la panique qui est l'unique cause de la maladie. J'ai déjà répondu plus haut à ceux-ci, j'ajouterai ici qu'une masse de faits dément cette assertion. J'ai interrogé tous les malades que j'ai eus à l'infirmerie et tous, un seul excepté, m'ont assuré qu'ils n'ont en aucune façon été travaillés par la peur de gagner la maladie. Cet interrogatoire a été fait en présence de MM. Van Lokeren et Clara.

Il est à peine nécessaire de réfuter l'opinion de ceux qui s'imaginent que c'est la paille des paillasses qui a engendré la maladie et l'a transmise.

La paille a été renouvelée un grand nombre de fois et la maladie n'a pas moins continué ses ravages.

Je ne m'occuperai pas des autres causes qu'on a encore signalées comme productrices de la maladie telles que la malpropreté de la caserne qui est loin d'exister, l'eau de la Semois, du puits, etc., dont presque toute la ville se sert. Elles sont trop futiles pour exiger une réfutation sérieuse.

Mais si la cause n'est pas dans les divers agents susmentionnés, plusieurs d'eux même réunis, où donc peut-elle être?

Selon moi il avait existé en 1831 et il a existé de nouveau depuis 1838 une *influence malfaisante inconnue* à la caserne de Bouillon, qui s'est revelée par la funeste propriété qu'elle a d'imprimer un *caractère contagieux* à la maladie qui fait l'objet de ce travail et dont le premier cas ou les premiers cas se sont présentés ici comme ailleurs sans cause appréciable. Il est même possible, ce que du reste il me paraît de peu d'importance de connaître, que cette influence malfaisante ait créé d'emblée les premiers cas et dans cette dernière hypothèse elle aurait engendré une *fièvre typhoïde contagieuse.*

Il est sans doute fâcheux qu'on ne puisse la désigner, la montrer pour ainsi dire du doigt, mais cela ne doit pas étonner. Qu'on se rappelle que les causes de la presque totalité des maladies épidémiques ou contagieuses sont encore ignorées.

Que sait-on, par exemple, de celles de la variole, du choléra asiatique, de la dysenterie épidémique ou contagieuse et pour citer un exemple plus frappant, identique, que sait-on des causes de la fièvre typhoïde qui a régné dernièrement à l'école militaire

de Bruxelles, épidémie dont nous ont entretenus les journaux politiques et dont nous a parlé à son passage par ici monsieur le Ministre de la guerre Willmar.

Je ne pense pas qu'on puisse se refuser à admettre la *contagiosité* de notre maladie. Son historique en fournit trop de preuves et des preuves irrécusables.

S'il se présente quelquefois d'apparentes anomalies, quiconque a étudié l'histoire des maladies contagieuses et épidémiques sait déjà qu'elles se rencontrent dans toutes. Le fait de l'extinction de la maladie et celui de son non-transport ailleurs qu'à Marienbourg ne peuvent en rien infirmer cette manière de voir par la raison qu'il y a trop d'autres faits qui l'appuient (voir l'historique).

Ce n'est pas d'ailleurs d'aujourd'hui qu'on répute la fièvre typhoïde *contagieuse* dans certaines localités. MM. Bretonneau et Gendron et quelques autres médecins ont soutenu la contagion de cette maladie. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles presque toujours impossibles à apprécier qu'elle possède ce funeste privilége.

Symptômes.

Je prends ici pour guide le *Cours de pathologie interne* de M. Andral et j'énumère d'abord tous les symptômes observés dans les différents appareils avec plus ou moins d'ordre en commençant, autant que possible, par les voies digestives et passant successivement en revue ceux fournis par les appareils circulatoire, respiratoire, de relation et autres. Puis j'en présenterai un résumé en forme de tableau qui s'appliquera à la majorité des cas particuliers.

Le premier symptôme qui d'ordinaire se manifeste est la perte de l'appétit. Il s'y joint bientôt une céphalalgie plus ou moins violente, du malaise, de la diarrhée.

C'est là ce qu'on peut appeler les *prodromes de la maladie.*

La fièvre survient bientôt et dès lors la maladie est *établie.* Plus rarement on observe au début, au lieu de diarrhée, de la constipation.

En général la soif est vive bien que chez quelques-uns elle ne se fasse pas sentir.

La langue est excessivement variable, quelquefois rouge, sèche, collante, d'autres fois humide et couverte d'un enduit blanchâtre. Vers la fin elle laisse souvent transsuder le sang qui en se concrétant forme des croûtes noirâtres. Ces dernières fuliginosités, quand elles existent, se voient encore sur le collet des dents et aux lèvres.

Les nausées et les vomissements ne se montrent qu'à une période peu avancée de la maladie.

Tout l'abdomen est quelquefois le siége d'une forte douleur, exaspérée par la pression; plus souvent cette douleur n'est que partielle et c'est à la fosse iliaque droite qu'elle se rencontre habituellement. Il est rare qu'il se météorise avant la fin de la maladie, alors qu'elle doit se terminer d'une manière funeste. Dans tous les cas il y a un clapotement très-marqué dans les fosses iliaques surtout à droite.

La nature des selles est loin d'être constante : on en voit de constituées par une matière liquide, séreuse, jaunâtre, verdâtre, brunâtre. Cette matière est dans quelques cas mêlée de sang plus ou moins altéré, dans d'autres les selles se composent de sang pur en grande ou petite quantité. Presque tous ceux qui ont des évacuations sanguines succombent en peu de temps.

La péritonite suite d'une perforation de l'intestin s'observe assez souvent.

Le pouls est dans la grande majorité des cas fort, plein, fréquent au début. On le sent s'affaiblir en augmentant de fréquence au fur et à mesure que l'état putride ou adynamique se prononce.

Il est très-commun d'observer de la toux au commencement avec ou sans expectoration de mucosités transparentes, mêlées ou non de stries sanguinolentes.

A presque toutes les époques de la maladie l'auscultation fait entendre des râles sibilants de toute espèce et même constate l'existence d'une pneumonie.

La peau est d'une sécheresse remarquable, sa chaleur dans un rapport à peu près constant avec la fréquence du pouls. Elle

se couvre dans beaucoup de cas après les premiers jours de pétéchies à la partie inférieure et moyenne du thorax et au haut de l'abdomen, moins souvent sur les membres : elles varient de grandeur depuis celle d'un centime jusqu'à celle d'une lentille.

Les sudamina n'ont pas été observés.

Les urines sont rares, colorées et fétides.

J'ai dit plus haut que la céphalalgie se présentait comme un des premiers symptômes. Elle siége le plus ordinairement à la région sus-orbitaire. Bien d'autres symptômes nerveux se remarquent encore : la figure des malades prend un air apathique, hébété, tellement caractéristique que rien qu'à les regarder à la face on diagnostique cette terrible maladie.

L'intelligence en général se maintient assez bien; cependant elle se trouble parfois pour prendre la forme d'un délire soit continu, soit momentané. A ce délire succède assez souvent un état de somnolence qui va depuis l'assoupissement jusqu'au coma profond.

L'action musculaire est pour ainsi dire anéantie; les malades sont dans un état de prostration extrême.

Les symptômes les plus fréquents qu'offrent les organes des sens sont l'affaiblissement de l'ouïe et l'épistaxis.

Un des phénomènes les plus remarquables de cette maladie est l'extrême facilité avec laquelle il se forme des gangrènes partielles, au sacrum et au grand trochanter. La plupart des malades en ont été atteints. Les abcès du tissu cellulaire souscutané ou intra-musculaire ont été rares.

En me résumant à l'effet de présenter un tableau qui s'applique à la majorité des cas, je dis que les symptômes de la fièvre typhoïde de Bouillon consistent, pour le premier septenaire, en perte d'appétit, céphalalgie, malaise général, diarrhée. C'est ce que j'ai appelé *prodromes*.

Ils n'existent pas toujours tous, mais dix-huit fois au moins sur vingt. La fièvre s'allume, la diarrhée continue, le ventre s'endolorit, la pression et la percussion y déterminent du clapotement. Le facies prend un air hébété, stupide. Le pouls est fréquent, la peau sèche et chaude. Le malade a des épistaxis plus ou moins répétés; la langue est sèche ou couverte d'un

enduit jaune blanchâtre ; toux, urines rares et fétides.

Ce septenaire passé, l'apparition des taches typhoïdes se fait, la figure se stupéfie davantage, la langue se durcit, se gerce et se recouvre ainsi que les dents et les lèvres de fuliginosités, les selles se rendent involontairement, le météorisme se montre. Le délire s'empare du malade; il y a soubresauts des tendons, des convulsions. Au lieu de cela, il n'y a parfois que somnolence. Le pouls est faible, mais conserve une grande fréquence, la peau est sèche et rugueuse. Enfin tous les symptômes dits putrides se manifestent, des eschares se forment au sacrum, aux trochanters; la peau se couvre d'une sueur froide, l'haleine aussi est froide, les yeux sont caves, les traits hippocratiques et le malade meurt.

Il arrive souvent qu'une pneumonie intercurrente ou une perforation intestinale soit cause de cette terminaison funeste.

Mais quand la maladie doit se terminer heureusement, la stupeur fait peu à peu place à une expression naturelle, l'intelligence revient et successivement tous les symptômes se dissipent.

Cette fièvre a une durée moyenne de trente à quarante jours. On pourrait difficilement croire combien est longue et difficile à conduire la convalescence de cette maladie et combien les rechutes sont fréquentes.

Lésions anatomiques.

Dans toutes les autopsies faites on a constaté l'altération des glandes en plaques de Peyer et des follicules de Brunner à la fin de l'iléon vers la valvule iléo-cœcale, altération qui a consisté pour quelques cas en leur saillie exanthémateuse et dans d'autres beaucoup plus nombreux en leur ulcération qui a été parfois jusqu'à la perforation des parois intestinales.

On a rencontré des injections et même le ramollissement partiel de la muqueuse de l'estomac, mais rien de moins constant.

Toujours les glandes mésentériques ont été trouvées altérées, plus volumineuses, rouges ou renfermant du pus.

J'ai pu constater une diminution de consistance du cœur, la

décoloration de sa substance charnue sur un homme mort au 1er septembre 1839.

J'ai observé le sang sur trois cadavres : il était entièrement liquide sur deux ; sur le troisième j'ai trouvé des caillots dans les cavités du cœur. (Avec le sang tiré de la veine pendant la vie j'ai vu deux fois un caillot de sang se former.)

La rate a toujours été trouvée ramollie et plusieurs fois augmentée de volume.

Les bronches ont souvent présenté une couleur vive ; on a vu le poumon engoué, hépatisé, s'écrasant sous le doigt avec la plus grande facilité..., les plèvres enflammées couvertes de fausses membranes.

Le cerveau et ses dépendances n'ont pas offert d'altérations appréciables, si ce n'est un bon nombre de fois la congestion des vaisseaux de la pie-mère.

Par la revue que nous venons de faire des lésions fonctionnelles et anatomiques que présente la maladie de Bouillon, nous sommes en droit d'affirmer que cette maladie est la fièvre typhoïde qu'on observe sporadiquement partout, appelée *fièvre putride* par les anciens, *gastro-entérite adynamique* par Broussais, *dothinentérie* par Bretonneau, *abdominal typhus* par les allemands, etc.

Seulement, ici et plus haut j'en ai donné les raisons, elle sévit dans une proportion beaucoup plus forte qu'on ne le remarque d'ordinaire ailleurs. Je dis d'ordinaire, car il n'est pas sans exemple de lui voir exercer de grands ravages. L'épidémie de Goettingue décrite sous le nom de fièvre muqueuse par Rœderer et Wagler; ce que les journaux nous disent de celle qui fait tant de victimes sur les bords du Rhin ; ce qui est arrivé dernièrement à l'école militaire de Bruxelles en sont des preuves.

Traitement.

J'ai bien peu de choses à en dire. Pour en parler avec assurance il faudrait avoir vu et soigné l'épidémie pendant tout son cours et c'est ce que je n'ai pas fait.

Je me contenterai donc de rapporter en bloc les traitements

employés par mes prédécesseurs et j'indiquerai de même celui qui me semble le plus approprié et que je mettrais d'abord en usage si la maladie venait à reparaître, bien entendu que si son efficacité me paraissait ensuite douteuse, j'en changerais.

Dans les premiers temps de la dernière épidémie et sur les malades du 2e régiment les antiphlogistiques furent seuls employés ; ce furent les saignées générales, les sangsues à l'anus, à l'abdomen, derrière les oreilles, les émollients de toute espèce en boisson, en lavement, en cataplasmes. Nous avons vu dans l'historique qu'il y eut 1 mort sur 7 atteints.

Chez les malades du 12e on fit d'abord usage des mêmes moyens, aux saignées générales près qui n'ont plus été que rarement pratiquées. La mortalité fut effrayante.

Monsieur Fallot, à sa mission, engagea les médecins à se relâcher dans cet emploi exclusif des antiphlogistiques et on leur substitua les toniques. La mortalité diminua.

Il ne faut pas que j'oublie de dire que, quand monsieur Fallot vint, il y avait encombrement de malades à l'infirmerie et qu'il le fit cesser, ce qui peut être pour beaucoup dans cette diminution de la mortalité.

Chez les malades du 7e régiment on continua l'usage des toniques et en particulier de la décoction de quinquina qu'on donnait dans tous les cas et à toutes les périodes de la maladie. Nous avons vu que la mortalité a été de 1 sur 4 1/4.

Il est bien loin de ma pensée de vouloir blâmer les traitements de mes prédécesseurs et de dire que la mortalité aurait pu être moindre par un autre traitement. Je sais trop combien les maladies et les maladies épidémiques surtout se jouent quelquefois de tout ce qu'on peut faire pour les combattre, cependant s'il me tombe en partage de soigner de nouveaux cas, voici la conduite que je me propose de tenir. — *Juguler* autant que possible la maladie à son début par les évacuations sanguines coup sur coup d'après la formule du professeur Bouillaud; si on n'y parvient pas faire ensuite une médecine peu active, en quelque sorte expectante; surveiller en même temps et reprimer par des moyens locaux les complications qui ne surgissent que trop souvent dans cette maladie et qui n'en sont la plupart du temps que

des effets; toutefois ne pas craindre d'administrer un purgatif chaque fois que le ventre se fermera et que son clapotement augmentera et si malgré cela l'état adynamique arrive recourir aux toniques sans hésitation mais avec prudence. Il faut insister dès le commencement et jusqu'à la fin sur le traitement hygiénique le plus sévère (1).

Ce traitement m'a réussi sur une grande échelle et dans des circonstances récentes (à Diest).

Le traitement prophylactique me paraît devoir être le même que celui de toutes les maladies épidémiques et contagieuses *immédiatement*, il serait donc fastidieux de le rapporter ici.

Bouillon, le 22 septembre 1839.

RAPPORT

FAIT A M. L'INSPECTEUR-GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE;

Par le docteur MOLITOR, en date du 1er janvier 1840,

SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE QUI A RÉGNÉ, A DEUX RÉPRISES, A L'INFIRMERIE MILITAIRE D'ARLON, PENDANT L'ANNÉE 1839,

Pendant cette année, deux fois la fièvre typhoïde a régné à l'infirmerie de cette ville. D'abord aux premiers jours de mars, parmi les soldats des 1er et 2e bataillons du 5e régiment de ligne, ensuite pendant le 3e trimestre, où elle sévit avec beaucoup d'intensité et d'extension parmi les militaires du 9e d'infanterie.

Pendant le 1er trimestre nous comptons dix-sept cas de fièvre

(1) Les trois cas dont il est fait mention dans la note de la page 61 ont été traités d'après ces principes et j'ai été assez heureux pour arrêter la maladie chez deux de ces patients. Le troisième a succombé à une récrudescence pendant la convalescence.

typhoïde et cinq décès. Dans le 3e trimestre trente-cinq cas et également cinq décès.

Un fait qui doit d'abord frapper, c'est la différence de la mortalité qui existe entre les chiffres des deux époques. Cette disproportion dépend de ce que deux individus ont succombé très-peu de temps après leur admission à l'infirmerie, où on avait déposé, pour ainsi dire, des cadavres.

Dans l'une comme dans l'autre saison, nous avons observé bon nombre d'affections avec imminence typhoïde, caractérisées par des dérangements des fonctions digestives, par une diarrhée plus ou moins fréquente, qui avait quelquefois duré plusieurs jours avant l'entrée des malades à l'établissement, par des céphalalgies, par du malaise, de l'engourdissement, du brisement et des douleurs des membres, par des frissons, des mouvements fébriles, de l'agitation, etc., qui n'étaient que les prodromes de la fièvre typhoïde, ces affections négligées, seraient devenues indubitablement de vrais typhus, que j'ai été assez heureux de prévenir par un traitement approprié.

L'épidémie qui s'est développée a été grave à ces deux époques; il n'y avait pas à se tromper sur l'identité de la maladie, et s'il existait quelques légères différences, ce n'est qu'en ce que la première avait en général des symptômes plus franchement inflammatoires, une marche plus prompte, une terminaison moins heureuse, une convalescence moins longue; tandis que dans la seconde les attaques étaient plus graves, à cause que les malades nous parvenaient tardivement, quelquefois non exempts de traitement, et qu'ils passaient plus rapidement à l'adynamie, caractère partagé d'ailleurs avec toutes les autres maladies phlogistiques qui se montraient à cette époque de l'année.

On ne peut nier non plus, à peu de chose près, l'identité des causes de la première avec celles de la seconde épidémie.

J'écrivis au 14 février dernier :

« *Les causes probables* du développement fréquent de toutes
» ces affections typhoïdes sont : les changements brusques de
» température, l'humidité, etc., qui agissent sur des hommes
» non acclimatés au pays; viennent ensuite les cantonnements,
» où le soldat ne se déclare ordinairement malade qu'à la der-

» nière extrémité et après avoir épuisé tous les remèdes de
» commères, le plus souvent nuisibles. Je pense que c'est en
» grande partie à cette dernière cause que nous devons attri-
» buer la gravité des maladies que nous observons. »

Causes de la seconde épidémie: Constitution atmosphérique du 3e trimestre.

Pendant la première quinzaine du mois de juillet, le temps fut presque constamment uniforme, sec et très-chaud; c'est durant ces chaleurs excessives que nos troupes se portèrent en toute hâte sur le village de Martelange. A leur arrivée, elles durent bivouaquer pendant près de trois semaines, durant des pluies abondantes et presque continuelles. Le 26 juillet, il se fit un changement brusque de température, un froid d'automne règna jusqu'au 2 août, qui fut remplacé de nouveau par des pluies d'orage, des chaleurs fortes et une grande sécheresse; les chaleurs du jour étaient en opposition avec les fraîcheurs de la nuit, et ces alternatives de température déterminèrent des diarrhées qui ne tardèrent pas à se revêtir du caractère typhoïde parmi les troupes cantonnées, à l'exception de deux cas qui s'étaient déclarés parmi la gendarmerie de notre garnison.

Joignons à ces causes déjà très-puissantes la différence de climat, d'exercice, de nourriture, l'usage abusif de vieilles et mauvaises pommes de terre, mal préparées, de liqueurs alcooliques, dont les militaires usent quelquefois sans ménagement; l'agglomération d'hommes et les mauvais moyens de couchage, dans des granges, des écuries, etc., mal abritées contre les intempéries; telles furent à mon avis les causes de cette terrible affection qui sévit pendant le 3e semestre. Mon opinion est fondée sur les interrogatoires que j'ai faits au lit des malades et sur les renseignements que je me suis procurés près de personnes dignes de foi. Ce qui donne de la force à cette manière de voir, c'est qu'une fois les troupes logées plus convenablement dans les villages environnant le centre de réunion, le typhus diminua et cessa presque de sévir parmi les militaires cantonnés.

Le mois de septembre fut également fécond en vicissitudes atmosphériques; aussi les diarrhées et la fièvre typhoïde ne discontinuèrent pas à se montrer parmi les soldats nouvellement

arrivés dans notre garnison : elles firent surtout des progrès rapides parmi les ophthalmiques et infirmiers qui séjournèrent à l'infirmerie. Sans nul doute il ne fallait rien moins qu'une réunion de circonstances semblables, pour produire en si peu de temps des cas nombreux de typhus. Quant aux causes du développement de cette redoutable maladie dans l'intérieur de l'établissement, toutes les recherches auxquelles je me suis livré n'ont amené aucun résultat : la propagation par infection miasmatique y était difficile, pour ne pas dire impossible, à cause des mesures préservatives que j'avais prises. Existait-il dans l'atmosphère qui régnait à l'infirmerie des causes inappréciables qui provoquèrent la terminaison du mal? voilà ce que l'on doit presque supposer; mais dans ce cas on doit aussi admettre la contagion miasmatique, ce dont il m'est permis de douter. Quelle que puisse en être la vraie cause, je ne pousserai pas plus loin mes réflexions sur ce point ne pouvant en assigner aucune positive.

Les trente-cinq cas de fièvre typhoïde de cette dernière épidémie que je suivis jusqu'à la guérison ou jusqu'à la mort, présentèrent tous une gravité alarmante; cela se comprend, quand on pense que l'infirmerie d'Arlon était le seul établissement sur lequel on dirigeait les malades des cantonnements et qu'elle devait par conséquent recevoir les plus gravement atteints, qui d'ordinaire nous venaient tardivement, quelquefois après plusieurs jours de maladie et souvent non vierges de traitement. Je fis l'histoire de tous ces cas en particulier, dont le détail serait trop long ici, et je vais rapporter seulement d'une manière générale ce que j'ai observé sur tous ces malades.

Quoique les symptômes de cette maladie soient parfaitement connus, je me permettrai de les présenter en détail.

Les dérangements des fonctions digestives étaient toujours constants, la langue était tantôt sèche, tantôt humide, épaisse, effilée, rouge, noir (fuligineuse), enduite de mucus ou non, en un mot très-variable, suivant les individus et la période de la maladie. Dans la majorité des cas, la soif était vive et les vomissements rares. La diarrhée n'existait pas toujours au commen-

cement, souvent elle était précédée de constipation; mais pendant le cours de la maladie elle n'a jamais manqué de s'établir; elle présentait de nombreuses variétés tant sous le rapport de la nature et couleur des selles, de leur consistance et fétidité, que de leur fréquence et durée. Celles-ci ont été trouvées séreuses, bilieuses, jaunâtres, verdâtres tirant sur le noir, écumeuses, pultacées, liquides ressemblant quelquefois à des œufs hachés, dans deux cas semi-purulentes, quelquefois striées de sang contenant des vers; souvent elles cessaient pour reparaître ensuite. Quelquefois elles étaient involontaires et furent accompagnées dans trois cas de coliques intenses. La douleur abdominale n'a jamais été fréquente, mais bien le gargouillement et le météorisme à des degrés variables. J'ai fait peu de remarques sur les urines, qui pour ce motif, ne méritent pas d'être signalées; il en est à peu près de même du sang tiré de la veine, lequel présentait souvent une couenne blanche ou verdâtre.

Assez fréquemment j'ai observé chez nos malades dans le commencement de la maladie durant la période inflammatoire un sentiment d'oppression de poitrine, une gêne de la respiration, accompagnée d'une toux sans expectoration; un seul présenta tous les symptômes d'une pneumonie aiguë au premier degré. Chez sept autres j'ai reconnu, vers la fin de la maladie, quand les phénomènes morbides typhoïdes avaient presque disparu, l'existence d'une pneumonie latente caractérisée par une toux sèche, des crachats rares, une respiration difficile, un râle muqueux, mais plus souvent sibilant, une diminution notable quelquefois une absence complète du bruit respiratoire dans quelques points du poumon, une matité ordinairement bien prononcée à la partie postérieure du thorax, symptômes dangereux qui emportèrent dans quelques cas les malades après avoir échappé aux premiers accidents du typhus. Un fait rare et digne de remarque se déclara chez un de nos typhoïdes pendant sa convalescence : une toux nerveuse intermittente qui revint sous forme de quintes tous les jours exactement à quatre heures du matin. Pendant huit jours cette périodicité eut lieu, et ne céda qu'à deux doses de sulfate de quinine.

Presque partout nous avons rencontré des symptômes graves

fournis par divers appareils, et particulièrement par celui des centres nerveux, tels étaient dans la majorité des cas une céphalalgie frontale ordinairement très-vive, un accablement physique et moral; une prostration des forces, un air d'étonnement remarquable des malades, une sorte de stupeur cachet de la maladie, de l'insomnie, de l'agitation, de la fièvre, des soubresauts des tendons, de la carphologie, du tremblement nerveux, un délire variable, tantôt constant, tantôt passager, léger ou profond, ordinairement tranquille et nocturne, de la somnolence et quelquefois un état comateux, etc. Les pétéchies, les sudamina ont rarement été remarqués, soit qu'ils eussent disparu avant leur entrée à l'établissement ou qu'ils ne se soient pas développés; il n'en est pas de même des eschares aux grands trochanters et au sacrum, qui étaient assez fréquents.

A l'exception de quelques cas, la marche de cette fièvre typhoïde a été en général régulière, le pronostic grave, et dont plusieurs nous paraissaient au-dessus de toute ressource; malgré ce pronostic sérieux, la terminaison eut lieu, dans l'immense majorité des cas, par le retour à la santé, quelquefois sous l'influence de crises manifestes; ordinairement par des sueurs abondantes, quelquefois par des hémorrhagies nasales, rarement par les urines, jamais par des parotides à l'exception d'un seul cas qui fut suivi de mort.

Les accidents consécutifs variaient chez les malades, les uns restaient faibles, tristes, languissants, la figure pâle, le corps émacié, ayant une marche chancelante; d'autres contractaient l'œdème des extrémités inférieures, une bouffissure de la face, ils conservaient assez longtemps une toux, un engouement du poumon, une pneumonie latente qui les minait, qui menaçait de nouveau leur existence, déjà pénible; il y en eut qui furent assez promptement délivrés de leur mal, et chez lesquels la convalescence fut rapide; mais le plus souvent elle était difficile et longue, ce qui pouvait dépendre de la violence de la maladie, du degré de faiblesse et d'émaciation qu'elle avait provoqué et aussi quelquefois du traitement qu'elle avait nécessité.

La mortalité, comme nous avons déjà vu, est de cinq décès

dans chaque époque; mais si nous déduisons de trente-cinq cas, deux apoplexies survenues sans causes appréciables chez deux de nos typhoïdes convalescents dont nous avons trouvé les altérations des viscères digestifs insignifiantes et à l'état de guérison, ce nombre se réduira à trois morts sur trente-cinq cas graves de fièvre typhoïde.

Les caractères cadavériques étaient constants et à peu près semblables dans les cinq ouvertures qui ont été faites.

L'estomac offrait de légères traces de phlogose, des arborisations dans presque toute l'étendue de l'intestin iléon parsemées d'ulcérations de forme, de couleur, de grandeur différentes, siégeant surtout aux environs de la valvulve iléo-cœcale; les plaques de Peyer considérablement développées, la tuméfaction et l'ulcération des follicules intestinaux et des ganglions mésentériques prononcées; la rate ordinairement augmentée de volume et ramollie. Dans les gros intestins généralement rien d'anormal. Dans la poitrine les bronches coloriées, engouement ou hépatisation des poumons se laissant facilement écraser sous les doigts; les plèvres enflammées, adhérentes. Enfin chez l'un, les parotides et le tissu cellulaire environnant en complète suppuration.

De deux individus qui sont morts pendant la convalescence du typhus, les lésions accidentelles chez l'un consistaient dans un épanchement sanguin dans le ventricule droit du cerveau; chez le deuxième nous trouvâmes également un épanchement de sérosité dans les ventricules, un engorgement du poumon, les ganglions mésentériques étaient seuls tuméfiées sans lésion du tube digestif.

Un malade qui était voué à une mort certaine, fut touché par une étincelle électrique de la foudre qui avait passé en dessous de son lit deux jours avant le terme fatal. A l'autopsie nous observâmes outre les caractères anatomiques déjà décrits une teinte noirâtre de toute la poitrine et le ventre, qui n'intéressait que le derme et qui ne ressemblait pas mal à une noirceur que produirait la flamme d'une bougie.

Il importe de parler plus longuement du traitement qui a été

employé. Il a consisté en saignées générales et locales, dans l'administration de boissons gommeuses, émollientes, de décoctions de riz, de salep, de limonade avec l'acide sulfurique, muriatique, tartarique, du froid sur la tête, de topiques émollients, de bains généraux, de pieds, synapisés, de lavements émollients, avec la décoction de valériane simple et quelquefois avec addition de camphre, dans l'application des rubéfiants, épispastiques, enfin, en des précautions de régime et d'hygiène.

Ici je dois entrer dans quelques détails et faire observer que les saignées générales furent employées avec prudence; mais aussi dans les circonstances nécessaires avec énergie et activité, toujours proportionnées à la force, au tempérament du sujet, à la forme, à la période, à la violence de la maladie. Je ne puis donner ici une mesure précise du sang tiré, des saignées pratiquées, cela variait comme je l'ai déjà dit suivant les circonstances, mais dans aucun cas le nombre n'a surpassé trois saignées et le poids de quatre livres de sang à peu près. Notons aussi que la saignée générale n'a pas été faite partout, et cette réserve dans son emploi a été principalement observée pendant la dernière épidémie, à cause de la grande tendance qu'avait cette affection de passer promptement à l'état adynamique.

Dans les cas où la saigneée générale n'était pas tout à fait indiquée, j'agissais de préférence par les saignées locales et plus d'une fois je n'eus qu'à m'en louer. Pour diminuer l'exaltation cérébrale, j'ai employé concurremment avec ces moyens les applications froides sur la tête.

Les bains généraux ont procuré souvent des améliorations bien sensibles. J'ai trouvé dans les lavements de décoction de valériane un moyen efficace pour combattre les symptômes nerveux. L'essentiel était l'apropos de son emploi. Les synapismes et des vésicatoires ont été souvent avantageux, surtout ces derniers pour combattre les pneumonies latentes; dans ce cas les frictions stibiées m'ont également réussi, jointes aux décoctions de lichen d'Islande, et quelquefois aux tisanes amères.

J'ai rarement cherché à couper court aux déjections alvines copieuses et fréquentes, qui tourmentaient les malades, par les

lavements amylacés, par les préparations d'opium, et sans leur secours, nous nous sommes rendus maîtres de diarrhées quelquefois très-opiniâtres.

Dans les cas extrêmes et en désespoir de cause, nous eûmes tour à tour recours aux toniques, aux stimulants, aux chlorures, à l'alun, etc.; mais sans succès. Pendant la convalescence, les amers, l'usage modéré du vin, les viandes rôties, etc., furent les moyens les plus propres à favoriser et assurer le rétablissement des malades.

J'ai voulu essayer aussi des purgatifs auxquels cependant j'avais déjà renoncé pendant la première épidémie, et qui m'avaient inspiré une juste défiance. C'est sous ma surveillance, que M. Morandi, jeune médecin de mérite, se chargea de ce traitement qu'il avait souvent vu employer, disait-il, avec succès dans un de nos hôpitaux militaires. Les résultats ne répondaient pas à notre attente, désireux cependant de connaître à quoi m'en tenir sur leur efficacité, nous avons recommencé, poursuivi; mais toujours nous fûmes arrêtés par l'apparition de symptômes graves qui paraissaient se développer sous l'influence de leur administration, et je finis par y renoncer entièrement; non pas par esprit de prévention contre cette méthode, mais par esprit de conviction. Loin de moi l'idée de blâmer les praticiens qui ont suivi ce traitement; quant à moi, j'ai donné la préférence à la méthode antiphlogistique plus rationnelle et qui à mon avis présente une garantie plus solide. Elle n'offre rien de nouveau, mais j'ai été assez heureux pour qu'elle ait été couronnée de succès, et je doute que l'on ait pû obtenir par un autre traitement des résultats aussi avantageux que les nôtres.

Il serait à souhaiter que l'on pût déterminer d'une manière précise, les circonstances dans lesquelles tel traitement devrait avoir le pas sur tel autre, pour fixer une bonne fois l'incertitude qui continue à régner sur la question importante du traitement de la fièvre typhoïde, et qui partage toujours les médecins. La science est encore bornée à cet égard, et ce n'est que par des observations exactes et véridiques, qu'on pourra, je pense, y parvenir ; je désire que les faits que je viens de rapporter puissent y contribuer.

RAPPORT

ADRESSÉ PAR LE MÉDECIN DE L'INFIRMERIE D'ALOST A M. L'INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ,

SUR LE

TYPHUS QUI A RÉGNÉ DANS CETTE GARNISON

Pendant les mois de septembre et octobre 1839.

Parmi les causes que les auteurs signalent comme ayant une action spéciale sur la production du typhus, aucune, je crois, ne peut être citée comme provocatrice de l'épidémie qui a régné sur trois compagnies du 11e régiment en garnison en cette ville. En effet, ces hommes loin d'être logés dans des espaces étroits, occupaient de vastes chambres, capables de contenir deux fois plus de monde, parfaitement bien aérés, et dont la propreté ne laissait rien à désirer. Ils n'étaient pas non plus en proie à des affections tristes, l'embonpoint et la fermeté des chairs que conservaient encore les malades à leur entrée à l'hôpital, attestaient suffisamment qu'aucune cause morale n'avait affaibli leur constitution. Enfin, leur nourriture était saine, et bien qu'ils eussent fait usage pendant deux à trois jours, de pain ayant un gout acide, je n'y ai jamais vu une cause suffisante de typhus, car, ainsi que je l'ai écrit, le détachement des guides, les sédentaires, dont plusieurs vivent entourés de nombreux enfants, dans des lieux bas, humides, ne recevant jamais la lumière solaire, ont tous mangé du même pain, et aucun n'a présenté le moindre dérangement fonctionnel.

Une remarque assez singulière, c'est que la caserne occupée par le 11e régiment est située au midi d'une place très-grande, éloignée de tout ce qui pourrait altérer la pureté de l'air, ou arrêter les rayons du soleil, et M. Murat, chirurgien-major au 22e de ligne, dit avoir constaté que dans une épidémie de même nature les chambres les mieux éclairées ont fourni à elles seules tous les malades du corps auquel il appartient, tandis que les

plus obscures *n'en ont pas eu un seul.* Ces faits, qui s'ils étaient confirmés par de nouvelles observations renverseraient les idées généralement admises sur l'influence vivifiante de la lumière, doivent être consignés ; mais il ne faut pas leur donner plus d'importance qu'ils n'en méritent.

A leur entrée à l'hôpital, tous les malades avaient une céphalalgie sus-orbitaire intense, qui avait généralement précédé de trois à quatre jours l'apparition des autres symptômes précurseurs, tels que malaise, lassitudes spontanées, douleurs vagues dans plusieurs parties du corps. Les évacuations alvines étaient fréquentes; quelques-uns en avaient jusqu'à huit et dix en un jour. Leur langue était recouverte d'un enduit épais, grisâtre, sans aucune trace de rougeur, et leur figure portait déjà l'empreinte de l'apathie, de l'hébétement. Ces deux derniers symptômes étaient si évidents, avaient quelque chose de si caractéristique, qu'ils auraient pû suffire pour porter un diagnostic certain. J'ai bientôt considéré comme typhisés les nouveaux malades qui les présentaient, lors de mes visites à la caserne, et chaque fois, la marche de la maladie est venue confirmer ce que ces signes seuls, isolés, pouvaient avoir d'incertain dans toute autre circonstance.

Le gargouillement dans la fosse iliaque droite a aussi existé dans tous les cas, mais à divers degrés. Il a duré de douze à quinze jours, chez les malades qui ont marché rapidement vers la guérison, et a persisté au delà de ce terme, quand l'adynamie succédait aux symptômes d'excitation. Chez quatre des premiers malades, après un traitement énergique et une diminution dans tous les symptômes, il a été remplacé par une crépitation très-manifeste dans le tissu cellulaire qui remplit la fosse iliaque, et qui durait encore que déjà la convalescence était établie. Il est à noter que ces malades n'avaient cependant pas présenté le météorisme comme symptôme saillant.

Les pétéchies se sont présentées dans la grande majorité des cas. Le plus souvent elles étaient en petit nombre et se faisaient remarquer surtout sur le ventre, elles étaient beaucoup plus rares sur la poitrine, quelquefois elles étaient très-nombreuses

et occupaient ces deux parties. Les épistaxis ont été rares, je ne les ai observés que cinq fois sur dix-sept.

C'est ici le lieu de parler du nommé Nollet (Charles Louis), âgé de 22 ans, au service depuis quatre. Il était peu développé, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution très-délicate ; il était à l'hôpital depuis quinze jours, et cependant la marche de la maladie ne se décidait pas ; la céphalalgie avait disparu après deux saignées générales proportionnées à ses forces; mais la langue restait chargée, la soif vive, son haleine était fétide, son regard stupide, il avait deux à trois selles liquides dans les vingt-quatre heures.

Cet homme, tourmenté par l'idée qu'il ne pouvait continuer à vivre sans manger, faisait des instances à chaque visite pour en obtenir ; à chaque distribution il pleurait pour avoir du pain. Ses cris firent impression sur un de ses camarades, qui devant quitter l'hôpital saisit cette occasion pour lui donner la moitié de son pain. Nollet le mangea avec avidité et le lendemain, à la visite, je le trouvai dans l'état suivant : il avait la face profondément altérée, la bouche fuligineuse, le ventre météorisé et couvert d'une innombrable quantité de pétéchies la peau sèche et aride, le pouls à 100 ; la stupeur était profonde, et le malade étranger à tout ce qui l'environnait ne répondait plus aux questions et ne parvenait pas à sortir la langue de la bouche ; tout annonçait une fin prochaine. Malgré tout le danger de sa position, je ne pouvais rester spectateur oisif, je devais agir ; je prescrivis une application de vingt sangsues dont dix à l'épigastre et dix sur la fosse iliaque. Persuadé que les accidents étaient causés par la masse d'aliments ingérés qui agissaient comme corps étrangers sur des tissus dont la vitalité était profondément altérée je prescrivis, en outre, malgré la diarrhée, une légère décoction de fruits de tamarin. Cette médication eut un succès inespéré, Nollet se réveilla, le pouls devint plus calme, la peau moins sèche, moins aride, le ventre moins ballonné. Deux piqûres des sangsues qui avaient été appliquées sur la fosse iliaque fournirent pendant trois jours un sang manifestement altéré ; je respectai cet écoulement qui débarrassait l'économie d'une partie des principes délétères en circulation, tout

en opérant une légère révulsion. Tous les symptômes s'amendèrent; mais la diarrhée continuait, et devait infailliblement entraîner la perte du malade si je ne parvenais pas à l'arrêter, l'état de faiblesse ne me permettant plus d'avoir recours aux émissions sanguines. C'est alors que j'employai les lavements amylacés; bien que la diarrhée fut entretenue par les ulcérations de la valvule ileo-cœcale. Mais ces lavements ne pouvaient-ils pas agir par continuité de tissus, et dans ce cas, produire ce que l'on voit tous les jours dans la colite intense, où la suppression des selles sanguinolentes a lieu par suite d'une application de sangsues à l'anus et de l'administration de quelques lavements amylacés? Quoi qu'il en soit, cette médication me réussit, et j'eus la satisfaction de sauver un homme, voué à une mort certaine. Je me suis souvent demandé, depuis lors, si ce moyen n'aurait pas eu le même résultat sur plusieurs typhoïdes que j'ai vu succomber à la diarrhée dans divers hôpitaux, après avoir lutté avec avantage contre les autres causes de destruction. Pour moi, il m'a réussi dans plusieurs cas, et je le crois très-avantageux. Je désire donc que de nouvelles observations soient faites dans les hôpitaux et que les médecins aient un moyen de plus pour combattre une affection contre laquelle leurs efforts sont si souvent impuissants.

Aujourd'hui Nollet mange la demi-portion; mais comme il ne pourra de longtemps reprendre son service, je demanderai pour lui un congé de convalescence de trois mois.

Deux malades ont succombé à l'épidémie. Chez l'un ce sont les appareils digestif et de relation qui ont présenté les plus grandes altérations de fonction; la langue d'abord humide, devint bientôt noire et fendillée, les dents et les lèvres se couvrirent de fuliginosités, la grande quantité de gaz, développés dans l'intestin, distendit outre mesure les parois abdominales et refoula le diaphragme; bientôt les poumons, gênés dans leur jeu, devinrent insuffisants à l'hématose; le sang privé d'oxigène, n'excitant plus que faiblement le cerveau, l'intelligence devint obtuse; le malade ne demanda plus à boire, les boissons s'arrêtèrent dans l'arrière-bouche; la volonté s'évanouit; la vessie se laissa distendre par les urines, qui ne s'écoulèrent plus que par

regorgement; les selles devinrent liquides, involontaires et la mort ne tarda pas à arriver.

Le deuxième est le nommé Mignolet, âgé de 23 ans, au service depuis quatre; d'un tempérament sanguin et n'ayant jamais été malade.

Deux saignées générales et une application de vingt sangsues sur la fosse iliaque droite, faites en un jour, avaient enlevé le mal de tête; mais s'étaient montrées insuffisantes contre la diarrhée que vingt nouvelles sangsues, appliquées en deux fois à l'anus et aidées de lavements amylacés parvinrent à arrêter. Au dixième jour de la maladie, il survint une épistaxis abondante, le lendemain la parotide gauche prit du développement et en moins de vingt-quatre heures le gonflement devint énorme. Cette parotide se termina par suppuration, et la grande quantité de pus qu'elle fournit aida beaucoup à enlever les forces du malade et à le plonger dans un état adynamique. Alors se déclara une toux douloureuse, ne laissant plus de repos; l'expectoration composée de mucosités transparentes, devint tellement filante que le malade ne put la rejeter et qu'on fut obligé d'aller chercher les crachats dans la bouche. Des déchirements se firent sentir dans la poitrine et furent attribués aux boissons les plus douces. Aux crachats muqueux succédèrent des crachats purulents, fétides. Comme dans toute pneumonie hypostatique, la percussion ne donna aucune matité; mais l'auscultation laissa entendre les divers râles aux parties postérieures de la poitrine. Mignolet s'affaiblit de plus en plus et la mort vint mettre un terme à ses souffrances.

A l'autopsie, les poumons furent trouvés adhérents aux plèvres par de nombreuses brides de nouvelle formation, beaucoup plus résistantes à gauche, où on ne peut déjà plus les déchirer avec le doigt; le contraire a lieu à droite. Le tissu pulmonaire engoué, ramolli, ne crépitant plus sous les doigts dans toute sa partie postérieure laisse écouler beaucoup de liquide purulent par la section.

Le péricarde contient plusieurs onces de sérosité claire, d'une couleur citrine.

Le mode de traitement que j'ai suivi est celui que M. Bouil-

laud nous a fait connaître, sous le nom de traitement par les saignées coup sur coup; c'est-à-dire que chaque malade était saigné à son entrée à l'hôpital, qu'une application de quinze à vingt sangsues, sur la fosse iliaque droite, était pratiquée dans la journée et une nouvelle saignée le soir.

Mais cette formule générale, loin d'être invariablement la même dans tous les cas, était modifiée suivant les circonstances, suivant les complications. Si, sur un individu pléthorique, offrant des symptômes de congestion du cerveau ou des poumons, ces évacuations sanguines ont été larges, si la saignée générale a même été renouvelée le deuxième jour, lorsque les symptômes n'avaient pas perdu leur intensité; sur les hommes d'une constitution plus délicate, la quantité de sang que l'on tirait, le premier jour, était moindre et seulement proportionnée à leurs forces.

Les moyens que j'ai employés comme adjuvants, sont la diète, les boissons rafraîchissantes, infusion de réglisse, décoction de salep, de chiendent, etc., les lavements chlorurés et amylacés; à l'extérieur et quand la stupeur devenait plus forte, les fomentations avec le vinaigre tiède, quelquefois de légers synapismes, promenés sur les extrémités inférieures, afin de ne pas produire de vésication.

Quand les symptômes inflammatoires avaient disparu et qu'ils étaient remplacés par les symptômes d'adynamie, je donnais avec succès une mixture composée de sulfate de quinine et de sirop d'écorces d'orange; à l'extérieur je faisais frictionner le malade avec la teinture de quinquina.

J'ai disséminé les malades autant que possible, et la plus grande propreté a été maintenue tant autour d'eux, que dans les chambres, où il y avait constamment du chlorure de chaux en évaporation.

Alost, le 5 novembre 1839.

—

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES MICROSCOPIQUES

SUR UNE

NOUVELLE ALTÉRATION DU TISSU DES REINS (CIRRHOSE)(1);

Par M. GLUGE, professeur à l'Université de Bruxelles.

Depuis la première description qu'un médecin anglais, M. Bright, donna en 1827, d'une altération particulière des reins qui coïncide dans le plus grand nombre des cas avec l'hydropisie et l'urine chargée d'albumine, l'attention des médecins et des physiologistes a été dirigée sur ce point important d'anatomie pathologique. C'est surtout à MM. Rayer, Gregory, Martin Solon que nous devons des recherches remarquables sur ce sujet. Cependant les médecins que je viens de nommer se sont plutôt occupés de la description de la maladie, de l'analyse chimique du sang et de l'urine et d'un exposé exact de l'altération des reins, autant que celle-ci pouvait être appréciée à l'œil nu ou à la simple coupe.

Mais pour arriver à une appréciation plus exacte de l'altération du tissu des reins et en conséquence de la nature de la maladie, ces moyens d'investigation ne pouvaient pas suffire. On observait en effet la substance corticale augmentée aux dépens de la substance tubulaire ou médullaire, et cette première, décolorée, remplie de taches jaunâtres ou d'un blanc mat, quelquefois de véritables granulations faisant saillie dans l'intérieur et à la surface des reins. Quelle était la nature de cette singulière altéra-

(1) Nous savons très-bien que la cirrhose des reins est décrite, quant à son aspect extérieur, par quelques anatomistes, mais le changement intérieur de leur structure est, jusqu'à présent, aussi inconnu que celui de la cirrhose du foie l'était avant nos recherches publiées en 1838.

tion ? Les uns la considéraient comme provenant d'une inflammation, mot vague et qui sert souvent à cacher notre ignorance sur la nature d'une altération, les autres parlaient d'une manière encore plus vague d'une altération générale du sang. Déjà en 1837, j'avais eu recours au microscope pour arriver à des notions plus précises. Je trouvais comme résultat principal, que l'altération a son siége dans les corpuscules de Malpighi (espèces de nœuds vasculaires) et dans les vaisseaux capillaires qui en partent. Je les trouvais contenant au lieu d'un sang normal, des agglomérations de globules sphériques qui obstruaient les vaisseaux sanguins et arrêtaient la circulation. Les canaux urinifères étaient toujours parfaitement intacts.

Cette altération était exactement la même que celle que j'avais trouvée constituant l'engouement inflammatoire du tissu pulmonaire. Je n'avais observé que quatre degrés de la maladie décrite par M. Rayer, dans lesquels les reins augmentent de volume. Je me prononçais alors pour un premier degré d'inflammation, sous ce rapport, d'accord avec mes prédécesseurs qui cependant n'avaient pas déterminé le genre d'altération (1). Il me restait à observer un cinquième degré de la maladie où le rein *diminue* de volume, forme à ce qu'il paraît assez rare, parce que je ne l'ai observée qu'une seule fois depuis 3 ans que j'ai dirigé mes recherches sur ce point.

Les reins que nous avons soumis à l'inspection microscopique appartenaient à un homme mort à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, d'un hydrothorax et d'une ascite (2). Le cœur avait augmenté d'un tiers de son volume, les grandes artères, surtout

(1) Voyez mes *Recherches anatomico-microscopiques*, Minden et Leipzig, 1838. Depuis ce temps, j'ai profité des nombreuses occasions que m'ont offert les hôpitaux de Bruxelles, et la complaisance de mes savants collègues MM. Lebeau et Graux, pour vérifier mes recherches antérieures et j'ai toujours trouvé dans les quatre degrés de la maladie de Bright la formation des agglomérations des globules (globules composés inflammatoires) comme constituant la seule altération. Les canaux urinifères étaient intacts et offraient les *cellules* qui les composent (et avec lesquelles on ne saurait jamais confondre les globules composés).

(2) N'ayant pas examiné le malade avant la mort, je n'ai pu constater si son urine contenait de l'albumine.

l'aorte sont couverts des taches blanc-jaunâtres (1), les reins ont tellement diminué de volume que chacun ne pèse qu'une once et six gros (au lieu de 3-4 onces). La substance *corticale* avait presque disparu et ce qui restait se composait à la surface et à l'intérieur d'une substance mamelonnée, les mamelons sont d'un blanc mat, et durs de consistance.

Inspection microscopique du tissu des reins.

Pendant que les canaux urinifères de la substance médullaire et de quelques endroits de peu d'étendue de la substance corticale offraient l'aspect normal, ces canaux avaient entièrement disparu dans la plus grande partie de cette dernière. Des corpuscules presque sphériques transparents, ressemblant à des gouttelettes de graisse mais plus consistantes, occupaient leurs places et conservaient *la direction des canaux urinifères* sans qu'aucune membrane enveloppante s'y fît remarquer, même en employant le plus fort grossissement du microscope de Schiek.

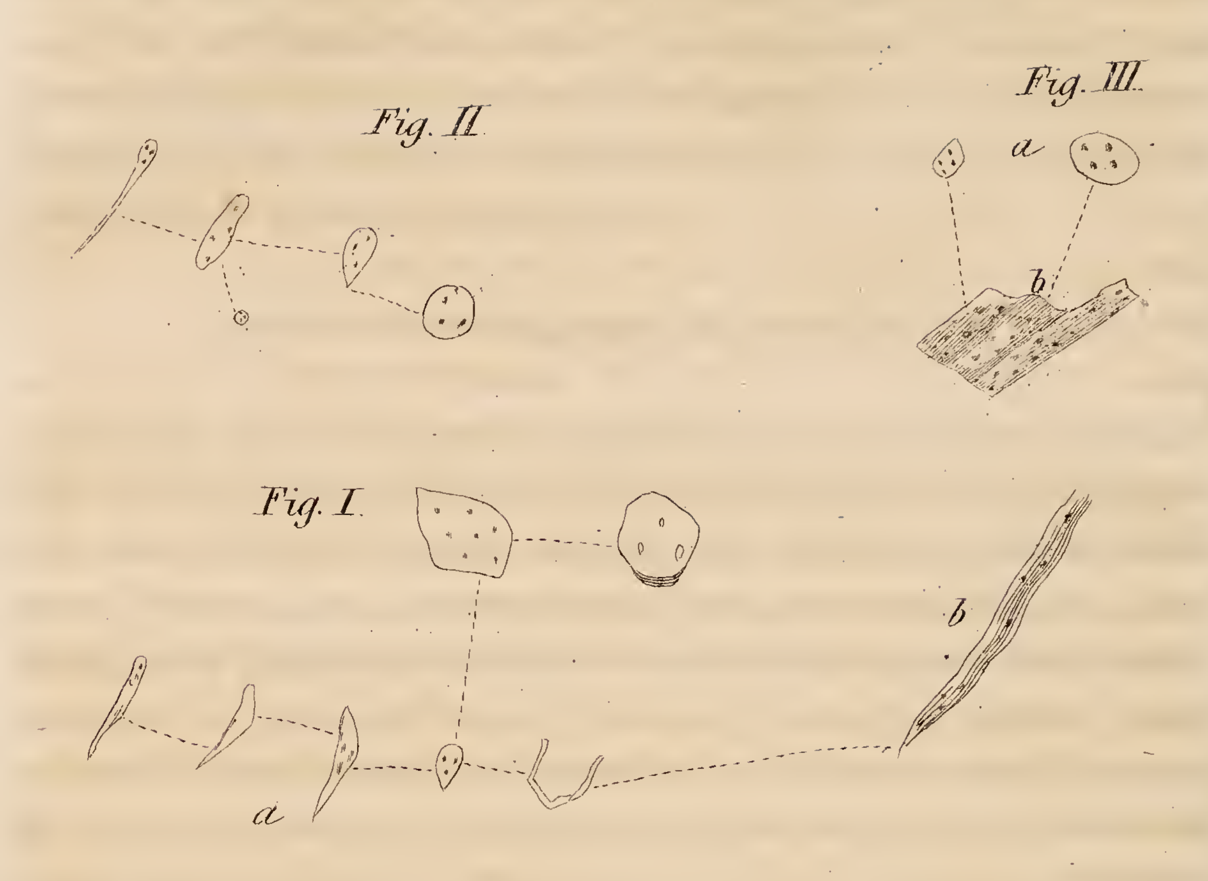
La largeur de ces masses correspond assez bien au diamètre normal des canaux urinifères. Les corpuscules sont exactement apposés et forment plusieurs couches.

Les corps de Malpighi ainsi que les vaisseaux sanguins n'offrent pas la moindre altération, de manière que cette altération diffère du changement morbide dans les quatre autres degrés de la maladie de Bright.

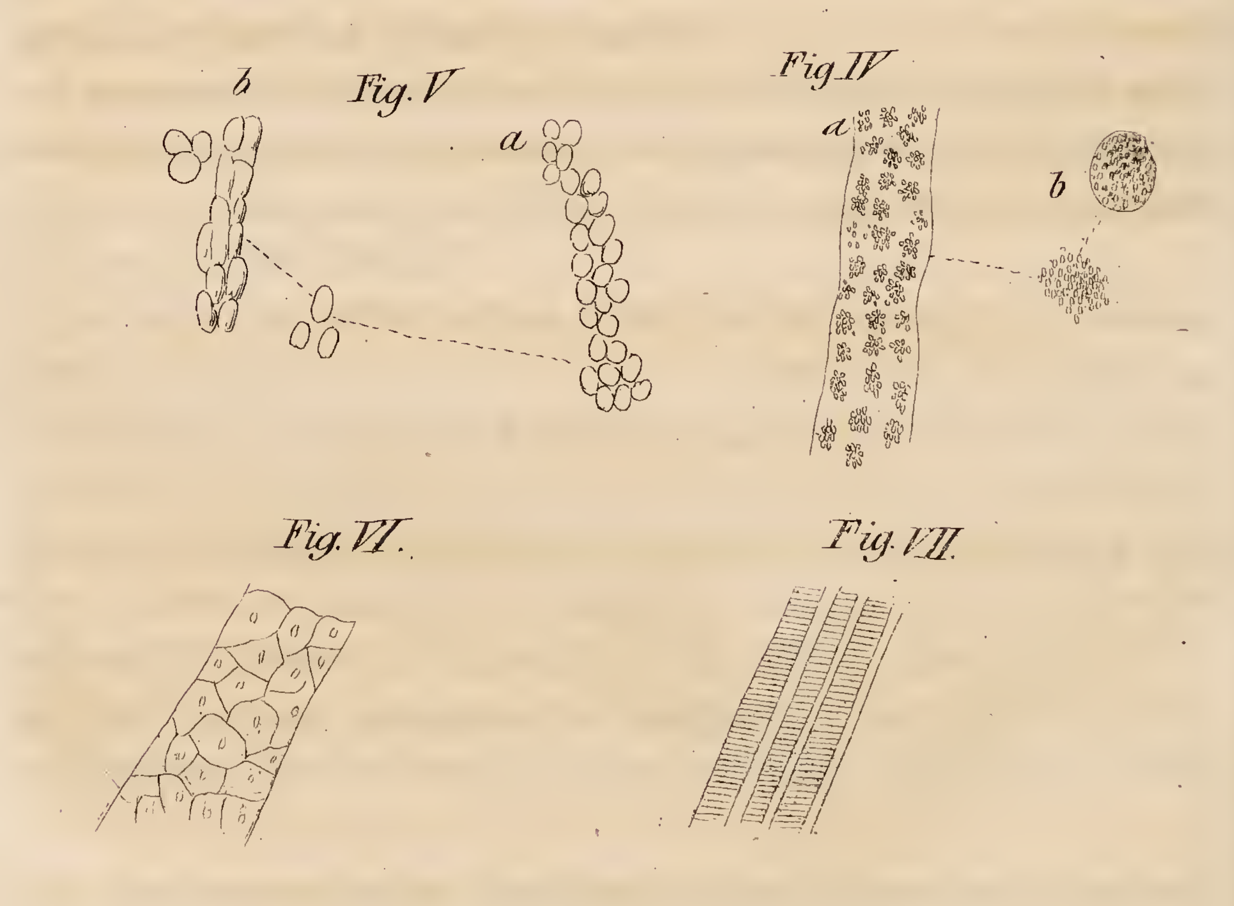
J'ai en même temps examiné sous le microscope, les taches jaunes de l'aorte mentionnées tout à l'heure. Eh bien elles se composaient exactement des mêmes globules graisseux qui se trouvaient en quantité si grande et remplaçant les canaux urinifères de la substance corticale des reins ! Bien plus l'aorte *jaune* d'un homme mort d'ictère comparée en même temps présentait la même altération. Tels sont les faits que je viens d'observer. Si nous essayons maintenant de comparer cette singulière métamorphose dans le tissu des reins avec des altérations analo-

(1) Plusieurs anatomistes considèrent à tort ces taches comme provenant d'une inflammation. (Voyez mon ouvrage précité, page 130.)

Arch: Avril 1840.



Arch: Mai 1840.



gues des autres organes, nous trouvons le changement du foie désigné par le nom de cirrhose offrant beaucoup d'analogie. Là aussi, les taches et les mamelons blanc-jaunâtres se composent, comme je crois l'avoir démontré le premier, de globules graisseux déposés dans le tissu du foie en telle quantité qu'ils doivent empêcher la libre circulation dans cet organe. De là comme toujours quand la circulation veineuse trouve des obstacles, la production de l'hydropisie. Le sang paraît avoir dans plusieurs maladies la tendance à déposer une quantité anormale de graisse dans les tissus, soit que ces tissus n'exercent plus leurs fonctions physiologiques comme les muscles des rachitiques, soit que des causes encore inconnues déterminent cette altération intime du liquide le plus important de l'organisme.

Dans les reins que je viens de décrire les vaisseaux sanguins avaient déposé une grande quantité de graisse dans les espaces intermédiaires occupés par les canaux urinifères. Et ces derniers ont dû être comprimés et disparaître par l'accumulation de la nouvelle substance. Mais ces observations démontrent aussi que si quatre degrés de la maladie de Bright appartiennent à l'inflammation il en est tout autrement de celui que nous venons de décrire et qui paraît appartenir à un défaut de la nutrition. Nous croyons donc devoir désigner cette altération sous le nom de cirrhose des reins à cause de son analogie avec un changement semblable du foie (1).

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

Substance corticale des reins.

Fig. V. *a*. Corpuscules arrondis de graisse occupant les espaces où devraient se trouver les canaux urinifères.

b. Les mêmes d'une forme plus irrégulière. On voit qu'ils conservent la direction des canaux, et sans aucune enveloppe commune.

(1) Le serum épanché dans la poitrine et le ventre contenait une grande quantité d'albumine.

c. Les mêmes isolés.

Fig. VI. *a.* Vaisseaux sanguins de la substance corticale des reins remplis des globules inflammatoires composés. C'est l'altération la plus générale dans la substance des reins affectés de la maladie de Bright.

b. Corpuscules inflammatoires isolés.

Fig. VII. J'ai dessiné en regard un canal urinifère avec ses cellules épitheliales pour les faire distinguer des globules composés.

Je viens d'enlever les deux reins sur un chien qui survécut quatre jours à l'opération. Tous les organes étaient sains, le foie seulement était engorgé de sang et un peu de bile se trouvait épanchée dans l'estomac. *Mais le sang était partout liquide et ne se prenait en caillot qu'une heure après la sortie du corps,* quoique l'autopsie ait été différée par différentes circonstances jusqu'à 3 jours après la mort. J'ai d'abord pensé que la température pouvait être pour quelque chose dans la production de ce singulier phénomène et j'ai tué un lapin que j'ai laissé dans la même chambre où le chien avait séjourné, mais l'autopsie faite après 24 heures me montra le sang parfaitement coagulé. Quelle influence l'urée contenue dans le sang pouvait-elle avoir sur la liquidité du sang, aussi longtemps qu'il séjournait dans les vaisseaux, et pourquoi cette influence cessait-elle après le contact du sang avec l'air atmosphérique. Ce sont là des questions difficiles à résoudre dans l'état actuel de la science. Je rappellerai seulement un fait analogue cité par M. Nasse fils, qui a observé le sang pris à l'état liquide dans le cœur d'un homme mort depuis 20 heures d'un diabète et de phthisie des poumons, se coaguler après 15 minutes. Voyez *Nasse das Blud,* Bonn 1836, page 201.

—

FRAGMENTS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Suite) (1).

IX. *Sur les oviductes des ascarides lombricoïdes.*

La structure des oviductes des animaux inférieurs, n'est pas encore bien connue, la communication suivante aura donc sous ce rapport quelque intérêt.

L'oviducte de l'ascaris lombricoïde est composé de deux mem-

(1) Voyez le numéro précédent des *Archives.*

branes. L'antérieure est entièrement formée par des faisceaux musculaires d'une forme très-élégante. Chaque faisceau offre les stries transversales, et à 0,0008 pouce de France de diamètre; entre chaque faisceau il reste un espace transparent, formé par une membrane lisse. (Fig. VII.)

La membrane interne présente des petits grains dans son intérieur; elle forme des prolongements ressemblant aux villosités de l'œuf des mammifères. (V. le dessin de Breschet et Gluge dans les *Annales d'histoire naturelle.* Paris, 1838.) Ces prolongements contiennent principalement les œufs, dans lesquels je distinguais le chorion formé par une membrane transparente, les globules du vitellus de diamètre inégal et la vésicule germinatrice.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

(*Journal della Socied. da scienc. med. da Lisboa.*)

CALCUL URINAIRE DE 23 ONCES ET DEMIE,

DÉVELOPPÉ DANS L'INTÉRIEUR DE L'URÈTRE ET EXTRAIT PAR INCISION.

On a vu quelquefois des calculs urinaires d'un énorme volume et d'un poids considérable. Tolet parle, dans son traité de la lithotomie, d'un calcul vésical de 50 onces. Lieutaud en cite un de 15 onces. Cline possédait dans sa collection une pierre de 11 onces. Mais tous ces calculs s'étaient formés dans la cavité de la vessie, et nous ne connaissons pas d'exemples de calculs urinaires développés dans l'intérieur même du canal de l'urètre, qui, par leur poids et leur dimension, puissent être comparés à celui qui fait l'objet de l'observation suivante.

João Luis, âgé de 30 ans, d'un tempérament sanguin, employé à la pêche du poisson dans un port de mer aux environs de Lisbonne, avait éprouvé depuis son enfance, et sans cause à lui connue, de la difficulté dans l'émission des urines. Dès la même époque une tumeur dure s'était montrée au périnée. Plus

tard une fistule urinaire s'était établie pendant quelque temps, et avait fini par se guérir d'elle-même. Cependant la tumeur, toujours dure, augmentait progressivement de volume, sans autre inconvénient pour le malade que la gêne qui résultait de la distension des parties. Cette gêne étant devenue excessive par l'effet du développement considérable que la tumeur avait acquis dans les derniers temps, João Luis entra en 1836 à l'hôpital St-Joseph de Lisbonne pour réclamer les soins de M. J. L. da Luz, professeur et chirurgien de cet établissement.

A cette époque la tumeur qui faisait saillie au périnée avait cinq pouces et demi de diamètre; sa figure se rapprochait beaucoup de celle d'une grosse poire; elle occupait toutes les bourses, et distendait fortement la peau du scrotum. On reconnaissait les deux testicules aux parties latérales de la tumeur; la verge à l'état normal occupait la partie antérieure et supérieure. Le périnée, dur et fort saillant, était parsemé de cicatrices irrégulières, et l'on remarquait çà et là des excoriations dues à la présence d'une urine sédimenteuse, purulente et fétide, qui s'écoulait goutte à goutte et continuellement par le méat urinaire.

Le cathétérisme fit reconnaître aisément la présence d'un corps étranger dans l'urètre, et l'on procéda à l'opération de la manière suivante.

Deux incisions semi-elliptiques profondes ayant été pratiquées à la partie antérieure et inférieure de la tumeur, la base du calcul fut mise à découvert, et l'on y remarqua un sillon longitudinal, qui correspondait à la cloison des bourses, et donnait à cette énorme concrétion une figure bilobée.

On eut soin d'écarter la cloison des bourses, et on prolongea l'incision vers le périnée. On introduisit alors les tenettes, et l'on fit l'extraction du calcul. A sa place, il resta une grande cavité au fond de laquelle on découvrait la portion prostatique de l'urètre et le col de la vessie dans un tel état de dilatation, que l'opérateur put introduire son doigt dans la cavité de la vessie, et constater ainsi qu'il n'y existait aucun corps étranger.

Le malade fut pansé convenablement, en ayant soin de tenir écartés les deux testicules pour empêcher l'adossement des deux

lèvres de la plaie et les infiltrations urineuses qui pouvaient en résulter.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident, si ce n'est d'une hémorrhagie considérable qui eut lieu le surlendemain et qui obligea à renouveler le pansement.

Le malade resta à l'hôpital 29 jours après l'opération, et il en sortit avec une fistule urinaire, n'ayant pas voulu s'astreindre plus longtemps à supporter la sonde dans la vessie. M. da Luz dit l'avoir vu un an après complétement guéri de sa fistule.

Cette observation nous paraît neuve, et digne, à plus d'un titre, de notre intérêt. Les renseignements manquent pour savoir si le calcul formé d'abord dans la vessie était parvenu à l'urètre consécutivement, ou bien s'il avait pris naissance dans l'urètre lui-même. Tout porte à croire qu'il était venu de la vessie et qu'il s'était arrêté dans la portion membraneuse de l'urètre. La tumeur et la fistule primitive s'expliquent naturellement par la présence de ce corps étranger dans l'urètre; et l'on conçoit aussi comment cette fistule primitive avait dû guérir, lorsqu'elle avait cessé de donner passage à l'urine, qui, en creusant peu à peu un sillon le long de la face inférieure du calcul, avait fini par s'ouvrir un passage jusqu'au méat urinaire. Le procédé qu'employa M. da Luz, lui ayant permis d'enlever la plus grande partie du kyste qui enveloppait le calcul, eut pour effet une prompte oblitération de la vaste cavité qui le contenait, et par suite le resserrement de la partie prostatique de l'urètre du col vésical lui-même.

Le calcul urinaire offrait, comme nous l'avons déjà dit, l'aspect d'une grosse poire d'Auch : la partie la plus étroite correspondait au col de la vessie; la plus grosse était enveloppée par la membrane du scrotum; deux dépressions, en rapport avec les testicules de chaque côté, se trouvaient aux parties latérales des deux fentes ou rainures : l'une s'étendant depuis le sommet jusqu'à la grosse extrémité, facilitait l'écoulement des urines; l'autre, n'existant qu'à la base, correspondait aux cloisons dés bourses.

Par tous ses caractères physiques, le calcul se rapprochait de ceux qui sont formés de phosphate calcaire.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

La lithographie représente le calcul vu par sa face droite et inférieure, et dans ses dimensions naturelles. Il a près de 3 pouces dans son diamètre longitudinal, et 3 pouces et demi dans son diamètre transversal.

La portion la plus étroite correspondait au col de la vessie; la partie la plus large était en rapport avec les membranes du scrotum.

A. *Légère excavation correspondant au testicule droit. Une pareille dépression existait du côté gauche, et était en rapport avec le testicule de ce côté.*

B. *Rainure ou sillon qui s'étendait depuis le sommet du calcul jusqu'à sa partie antérieure, et servait de passage à l'urine de la vessie jusqu'à l'urètre.*

C. *Excavation qui répondait aux cloisons des bourses.*

RAPPORT

SUR UN MÉMOIRE DE M. E. TANDEL, PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE LIÉGE, INTITULÉ :

NOUVEL EXAMEN D'UN PHÉNOMÈNE PSYCOLOGIQUE DU SOMNAMBULISME,

Par M. le chanoine DE RAM.

« Le phénomène psychologique que M. Tandel s'est proposé d'examiner et d'expliquer, c'est le phénomène remarquable de l'oubli qui enveloppe, pour les personnes sujettes au somnambulisme, une fois qu'elles sont éveillées, tout ce qu'elles ont fait, tout ce qu'elles ont dit, tout ce qu'elles ont éprouvé dans cet état extraordinaire. Son travail est divisé en deux parties : dans la première il examine les théories par lesquelles divers savants, soit philosophes, soit physiologistes, ont tenté de rendre compte du phénomène en question ; après en avoir fait ressortir l'insuffisance, il expose dans la seconde partie ses propres vues sur cette matière.

Calcul extrait par incision.

Arch. Mai 1840.





I.

Les auteurs qui se sont occupés de ce problème avant M. Tandel, sont ceux qui ont recherché les causes du somnambulisme en général. Les principes par lesquels ils l'expliquaient, durent expliquer aussi le phénomène particulier que nous considérons ici. La tâche que M. Tandel s'est imposée est plus restreinte ; il n'envisage qu'un des phénomènes du somnambulisme : mais si la théorie qu'il expose à ce sujet est satisfaisante, elle ne peut manquer de répandre quelque lumière sur la nature du somnambulisme en général.

Les doctrines, passées en revue dans la première partie du mémoire, nous présentent toutes les solutions hypothétiques qu'il était à peu près possible de concevoir pour expliquer le phénomène en question. Ces hypothèses sont les unes psycologiques, les autres purement physiologiques ; celles-ci appartiennent à l'ordre surnaturel, celles-là sont empruntées à une métaphysique de la nature.

Le dernier travail publié sur cette matière en France est un mémoire posthume de Maine de Biran, lu en 1834 à l'Académie royale des sciences morales et politiques par M. Cousin, et intitulé : *Nouvelles considérations sur le sommeil, les songes et le somnambulisme.* C'est par la théorie de Maine de Biran que M. Tandel commence son examen critique. Le sommeil, les songes et le somnambulisme, pour M. Biran, se rapportent à une seule et même cause ; ils s'expliquent par une modification fondamentale que subit l'âme humaine, par l'affaiblissement ou l'abolition de l'élément personnel ou volontaire, par l'oblitération du *moi*, par l'absence de l'homme, de l'être moral, de l'être libre. La plus forte preuve de cette théorie est, aux yeux de M. Biran, cet oubli même, dont il s'agit ici de rechercher la cause, au point que, selon sa manière de voir, les songes dont on se souvient ne peuvent appartenir au sommeil parfait. M. Tandel ne peut pas apprécier ici cette doctrine dans son ensemble : en supposant qu'elle puisse expliquer le sommeil et les songes, il la trouve insuffisante en ce qui concerne les phénomènes du somnambulisme, que M. Biran a eu tort de placer sur la même ligne. Ses raisons sont puisées dans des faits, appartenant les uns au somnambulisme lui-même, les autres à l'état de veille.

Vous êtes, par exemple plongé, abîmé pour ainsi dire, dans une méditation profonde, les idées vous viennent avec une facilité et une rapidité étonnantes, vous n'avez pas le temps de les fixer par l'écriture ; vous semblez en même temps ne rien voir, ne rien entendre, du moins vous êtes insensible aux impressions ordinaires de vos sens ; qu'une impression assez vive néanmoins vous éveille comme en sursaut, vous arrache brusquement au cercle d'idées où vous étiez enfermé, et vous ferez de vains efforts pour vous les rappeler, elles sont complétement effacées. Cet oubli est aussi profond que celui qui enveloppe, pour le somnambule, les phénomènes du somnambulisme, et cependant cette méditation profonde, loin d'être un état involontaire de l'âme, n'avait pu être amenée que par un développement extraordinaire de l'énergie de la volonté.

D'un autre côté, l'observation des cas de somnambulisme, soit spontané,

soit artificiel, prouve que les personnes qui se trouvent dans cet état se souviennent toutes de ce qu'elles ont fait, dit et éprouvé dans l'état de veille et dans les accès précédents de somnambulisme, et que les somnambules magnétiques, qui ne diffèrent des autres que par les circonstances qui ont déterminé le somnambulisme, conservent souvent et peuvent conserver quand ils veulent, dans l'état de veille, le souvenir des faits somnambuliques.

M. Tandel s'appuie, quant à ces faits, sur des autorités imposantes et sur des expériences personnelles dont il fait part. Il n'est donc pas permis de dire avec Maine de Biran que le somnambulisme et l'état de veille sont « si » différents et si parfaitement étrangers l'un à l'autre, que l'être auquel ils » s'appliquent semble divisé en deux personnes distinctes, dont l'une ne » s'approprie rien de ce que l'autre a fait ou senti, n'en conserve pas le » moindre souvenir, n'y joint pas le moindre *moi* (p. 59) ; » car d'un côté, le même oubli peut se présenter à la suite d'un état éminemment volontaire, et d'un autre côté cet oubli n'est rien moins qu'essentiel au somnambulisme.

Ce dernier fait, convenablement établi, suffit pour réfuter toutes les hypothèses qui ne s'appuient que sur la double personnalité que semblait attester l'oubli en question. De ce nombre est celle de M. le chanoine Frère, qui, dans son *Examen du magnétisme animal*, rapporte les phénomènes du somnambulisme à des interventions surnaturelles.

Les physiologistes français, et surtout le docteur Broussais, ne considèrent que la modification cérébrale qui accompagne la production des phénomènes du somnambulisme; ils croient avoir tout expliqué en disant que ces phénomènes sont dus à une surexcitation du cerveau, à une érection nerveuse de cet organe. Le délire, disent-ils, est suivi du même oubli que le somnambulisme; or, dans le délire il y a surexcitation du cerveau, donc cette surexcitation est cause de l'oubli des somnambules. M. Tandel ne trouve pas qu'il y ait là matière à une discussion psycologique. D'ailleurs cette explication, si c'en était une, tomberait aussi devant les faits analysés par lui.

Les théories que M. Tandel examine ensuite, semblent exiger une discussion beaucoup plus approfondie, parce qu'elles sont elles-mêmes plus profondes, plus vastes et surtout parce qu'elles tiennent compte de deux faits négligés par les auteurs précédents, du fait que le somnambule se souvient fort bien de tout ce qui est relatif à l'éveillé, et du fait plus important encore que l'éveillé peut se souvenir de ce qui est relatif au somnambule. Ces théories sont celles des philosophes naturalistes de l'Allemagne. Le représentant le plus complet et le plus explicite de ces théories, M. Tandel croit le voir dans Kieser, qui a écrit un traité *ex professo* sur le sommeil et le somnambulisme, en deux volumes in-8°, intitulé *System des Tellurismus*, et qui d'ailleurs semble être le seul qui ait connu le second des faits mentionnés tout à l'heure, du moins le seul qui en ait parlé et qui ait cherché à le concilier avec sa doctrine.

Pourquoi le somnambule se souvient-il parfaitement de ce qu'il a fait, dit ou éprouvé étant éveillé, tandis que dans l'état de veille il n'a généralement aucun souvenir de ce qu'il a éprouvé comme somnambule ? Comment se fait-il que le somnambule puisse néanmoins transporter par le souvenir dans l'état de veille les faits qui appartiennent au somnambulisme? Voilà les deux questions dont M. Tandel devait apprécier la solution telle que la fournit l'auteur du *Système du Tellurisme*.

L'analyse complète de la théorie de Kieser sur les causes du somnambulisme serait l'analyse d'un système de philosophie tout entier ; elle exigerait un travail plus long que le mémoire soumis à notre examen. Il suffira de dire que Kieser, comprenant qu'il faut chercher la cause du somnambulisme au delà de la circonstance organique la plus prochaine, telle qu'une surexcitation du cerveau, s'efforce d'assigner à ce phénomène la place qui lui appartient dans l'ensemble des phénomènes de la nature, et de l'expliquer par la *loi une* qui, selon lui, gouverne l'univers tout entier et régit toutes les existences. Cette loi c'est la *polarité*. Tous les phénomènes psycologiques sont le résultat de l'action réciprope et alternativement prépondérante des *deux pôles de l'âme*, du pôle *positif* ou *actif*, représenté par l'intelligence et la liberté morale, et du pôle *négatif* ou *passif*, représenté par la sensitivité. Chacun de ces pôles n'est pas une fraction de l'âme ; l'âme est tout entière dans l'un et dans l'autre, mais elle nous présente alternativement ses deux faces opposées ; elle agit tantôt avec conscience de soi et liberté, ce qui constitue l'état de veille, tantôt son activité est automatique ; elle est tout aussi complète, quant à ses rapports avec le monde extérieur, seulement l'âme ne la dirige pas elle-même ; l'âme est passive quant à ce principe directeur, elle agit machinalement comme l'abeille (1). C'est à ce dernier état qu'appartient le somnambulisme et le sommeil. Pourquoi les idées et les faits du somnambulisme ne peuvent-ils se transmettre par le souvenir à l'état de veille, tandis que ceux de ce dernier passent dans le somnambulisme ? La principale raison de cette différence se trouve, selon Kieser, dans la supériorité de l'état de veille, où l'âme jouit de son autocratie, sur le somnambulisme, où elle exerce les mêmes facultés, mais machinalement ; les idées de la veille qui se sont développées librement, *dominent* celles du somnambulisme ; ce n'est pas le somnambule qui se souvient volontairement de ces idées, ce sont elles qui viennent spontanément se joindre à celles du somnambule ; et c'est parce que celles-ci, produites par une activité automatique, ne possèdent pas cette spontanéité, que l'homme éveillé ne se souvient pas des faits du somnambule.

M. Tandel n'admet pas cette explication. Il lui semble qu'il y a contradiction à priver l'état de veille, à raison même de sa supériorité sur l'état opposé, d'une perfection propre à ce dernier. Comment concevoir d'ailleurs que les idées de l'état de veille, qui d'après Kieser portent essentiellement le cachet de la personnalité, puissent de leur propre mouvement communiquer avec le somnambulisme, sans que cependant la personne éveillée en sache rien, en ait la moindre conscience ? A coup sûr, les idées et le *moi* ne sont pas deux choses distinctes, qui puissent tantôt ne faire qu'un et tantôt se trouver séparées.

A ces considérations M. Tandel ajoute l'autorité des faits. Cette activité pour ainsi dire automatique de l'âme n'appartient pas exclusivement au somnambulisme ; M. Tandel la retrouve dans les rêveries de l'état de veille, qui ne diffèrent du somnambulisme que par un moindre degré d'isolement de

(1) Le mot *passivité* n'est pas synonyme d'*inertie*. C'est ce que n'a pas compris Broussais en argumentant contre Maine de Biran, dans son *Mémoire sur l'association du physique et du moral.*

l'âme à l'égard du monde extérieur, c'est-à-dire quantitativement et non qualitativement : l'analyse psychologique de ces rêveries lui apprend, que très-souvent elles se trouvent complétement effacées de la mémoire, comme les faits somnambuliques, mais que souvent aussi nous nous en souvenons parfaitement bien, d'où il tire pour le moment cette conclusion, que cet oubli ainsi que ce souvenir doivent avoir une autre cause que celle assignée par Kieser.

Quant au fait que les somnambules, rendus à l'état de veille, peuvent néanmoins se rappeler tel ou tel fait de leur existence somnambulique, Kieser cherche à l'expliquer en admettant que pendant le somnambulisme l'âme peut avoir des moments de conscience propre et de liberté morale, c'est-à-dire que dans sa période de passivité elle peut avoir des éclairs d'autonomie, et qu'alors usant de l'empire que, par son pôle positif, elle exerce sur le pôle négatif, elle associe les idées dont elle veut garder le souvenir à certains signes matériels qui se représenteront après le réveil, ou bien qu'elle prend simplement la résolution de s'en souvenir, et que cela suffit. Ce souvenir prouve en effet, suivant M. Tandel, que la conscience de soi, la conscience de sa personnalité, n'est pas incompatible avec l'état somnambulique, mais il remarque que Kieser n'en fait que reculer la difficulté. Car si le propre du somnambulisme c'est la prépondérance ou la domination de la sensivité toute passive, il faut une cause extraordinaire pour que ce développement purement machinal de l'âme soit traversé de temps en temps par des éclairs de liberté, non pas au hasard, mais pour tel ou tel détail, auquel le somnambule attache un intérêt particulier. Kieser ne s'explique pas sur ces causes; mais comme le fait de ce souvenir n'a été observé jusqu'ici que sur des somnambules magnétiques, les autres n'ayant pas été l'objet d'expérimentations assez nombreuses, il paraît très-probable à M. Tandel que ces causes se trouvent pour Kieser dans l'influence du magnétiseur. Mais à cette hypothèse M. Tandel oppose un fait qu'il a eu lui-même occasion d'observer avec d'autres personnes, fait qui paraît avoir été inconnu jusqu'alors : c'est que le somnambule magnétique peut à l'insu de son magnétiseur se souvenir de ce qu'il lui plaît. Il faut donc renoncer à voir la cause du phénomène qui nous occupe dans la différence psychologique qui distingue l'état de veille de l'état de somnambulisme, telle du moins qu'on a présenté cette différence jusqu'à présent.

Du reste, tous les autres philosophes qui ont voulu, comme Kieser, se rendre compte des phénomènes extraordinaires du somnambulisme, s'accordent en ce point avec lui, qu'ils expliquent l'oubli en question par l'opposition tranchée que cet état forme avec l'état de veille, soit qu'ils attribuent cette opposition à une supériorité qualitative de l'un de ces états sur l'autre, soit qu'ils en voient la cause dans une migration de l'âme entre les deux pôles du système nerveux, entre l'encéphale et le système ganglionaire.

Tel est le résumé de la première partie du mémoire de M. Tandel ; cette partie n'étant elle-même qu'une analyse, il était impossible de l'abréger beaucoup. Nous pourrons être plus court en analysant la seconde partie, où l'auteur développe ses propres vues.

II.

Dans les observations sur les théories de ses devanciers, M. Tandel avait

promis de nous rendre compte du fait, qu'il s'agit d'expliquer, sans recourir à aucune hypothèse, au moyen des seules lois de l'association des idées, telle que chacun peut les constater dans les phénomènes psycologiques de l'état de veille. A cet effet, il soumet ces lois à une nouvelle analyse, il les applique à des faits très-connus de l'état de veille, et montre la parfaite analogie qui existe, selon lui, entre ces faits, quant à leurs causes et leurs circonstances, avec les phénomènes du somnambulisme. Et ce rapprochement semble combler, à ses yeux, l'espèce d'abîme qui sépare le somnambulisme de l'état de veille ordinaire.

M. Tandel trouve les conditions fondamentales du souvenir ou de l'association des idées dans deux circonstances essentielles du mouvement de nos idées. Pour qu'un moment donné de l'existence se lie par le souvenir à un moment précédent, il ne faut pas que l'âme passe brusquement d'un état donné à un état totalement différent; il faut que cette transition soit insensible, et que deux états consécutifs soient toujours unis par quelque élément commun.

C'est ce qui a lieu dans le cours ordinaire des choses. Les psychologistes ont, jusqu'ici, presque exclusivement insisté sur l'unité de l'âme. M. Tandel fait remarquer que l'âme est toujours multiple en même temps qu'une, et que son unité ne se conçoit que comme unité d'un multiple. Prenez-la dans un moment quelconque de son développement, et vous ne la trouverez jamais isolée dans un seul fait, dans une seule idée, une seule sensation, un seul désir; elle sera toujours représentée par un ensemble, un groupe d'idées, avec les sensations, les volitions, les actions qui y tiennent. Cet ensemble, qui constitue la conscience dans un moment donné, varie continuellement; il est toujours en mouvement; c'est une scène qui change insensiblement, et de façon que deux groupes ou deux scènes consécutives se tiennent toujours par quelque élément, par quelque fait commun à l'un et à l'autre. Cette évolution graduée, cette transformation toujours partielle de l'âme, jointe au rapport de l'unité au multiple, est cause qu'un des éléments d'un de ces groupes étant reproduit plus tard, après un intervalle plus ou moins long, par une cause quelconque, il reproduira en même temps non-seulement le groupe entier auquel il a primitivement appartenu, c'est-à-dire tous les autres éléments de ce groupe avec lesquels il n'a fait qu'un, et que par conséquent il contient, mais encore les groupes qui auront immédiatement précédé et suivi celui-là.

Supposez maintenant que cette communauté d'éléments n'existe pas entre deux états consécutifs de l'âme, et que celle-ci passe brusquement d'un état donné A, par exemple, $= mnop$, à un état $B = rstu$, totalement différent du premier, et vous concevrez que dans le second de ces états elle ne pourra se souvenir en rien du premier.

Cette transition brusque est-elle possible? Elle est réelle et elle a lieu nécessairement toutes les fois que l'âme, après s'être repliée sur elle-même et avoir fait complétement abstraction du monde extérieur, se trouve subitement, par une impression extérieure assez forte, arrachée à elle-même et replacée au milieu de ce monde sensible, dont aucun élément n'était associé aux phénomènes qui se passaient en elle. Car dans l'état de veille ordinaire, les choses extérieures, alors même qu'elles ne sont pas l'objet d'une attention

réfléchie, s'associent néanmoins à tous les phénomènes de l'âme par l'action qu'ils exercent continuellement sur les sens ouverts à leurs impressions, elles se mêlent à la trame de nos pensées et offrent ainsi un fil à la réminiscence. Cet isolement de l'âme est tantôt amené volontairement, avec effort, et tantôt il est le produit de circonstances involontaires. Vous pouvez l'observer dans les rêveries et les distractions involontaires aussi bien que dans les moments de profonde méditation, d'inspiration, de contemplation. Mais tous les trésors que l'âme aura découverts dans ces états exceptionnels, bien que très-naturels, lui échapperont, nul souvenir ne les reproduira, comme l'expérience l'atteste, si une interruption importune vient, comme dans un panorama, la transporter en un clin d'œil d'un bout du monde à l'autre.

Si l'oubli, qui nous enlève souvent les produits volontaires de nos méditations les plus profondes, aussi bien que les images créées par une imagination rêveuse, s'explique par l'isolement où l'âme se trouve alors à l'égard du monde extérieur et par le mode de transition qui l'y replace subitement, ces deux données expliqueront à plus forte raison l'oubli des somnambules. M. Tandel fait ressortir ici quelques traits essentiels du somnambulisme. — Les actions et les paroles des somnambules portent le caractère de la veille la plus lucide; en second lieu, leur isolement à l'égard des choses extérieures est complet; c'est celui du sommeil le plus profond; ils sont donc dans la position d'un penseur qui serait à l'abri de toute interruption inattendue, car ils ne communiquent avec les objets extérieurs qu'à mesure que leur attention volontaire se porte sur eux, nul autre n'a le pouvoir de se faire remarquer : enfin, ils sortent de cet état, comme on passe du sommeil ordinaire à l'état de veille, c'est-à-dire par une transition immédiate.

Ici se présente une difficulté, et elle fournit à M. Tandel l'occasion de démontrer la seconde condition essentielle du sommeil, prise dans les lois de l'association des idées.

Les somnambules, rendus à l'état de veille ordinaire, retrouvent souvent dans le cercle de leur existence habituelle des traces matérielles de ce qu'ils ont fait dans leur état de somnambulisme; ils trouveront par exemple, sur leur table, une feuille de papier pleine de vers composés par eux pendant la nuit et écrits de leur main, et ils ne comprendront pas comment cette chose s'est passée. Pourquoi, dans ce cas, ce fait isolé ne reproduit-il pas la scène toute entière dont il a fait partie?

M. Tandel fait d'abord remarquer que cette difficulté ne porte pas seulement sur le somnambulisme, mais sur plusieurs phénomènes de l'état de veille : tel l'oubli de tout ce qui est relatif aux premières années de notre existence; telle cette modification du souvenir que les psychologistes appellent *souvenir simple;* telles les distractions, etc., etc. J'ai, par exemple, fermé une porte à clef; un quart d'heure après je me trouve devant cette porte, je m'étonne qu'elle soit fermée, et je ne me souviens aucunement de l'avoir fermée moi-même. La cause de ce fait ne peut donc se trouver en rien qui tienne à la nature spéciale du somnambulisme.

Voici l'explication proposée par M. Tandel. — Pour qu'une idée, un fait psychologique quelconque, produit dans un moment donné et reproduit dans un moment plus ou moins éloigné de celui-là, puisse établir un lien entre ces deux moments, il faut qu'il soit dans les deux circonstances à peu près

identiquement le même. Si c'est une idée, il faut qu'elle ait de part et d'autre la même clarté ; une sensation, qu'elle soit également vive ; un désir qu'il ait la même intensité ; une action, qu'elle soit faite avec la même énergie. Pour que cet élément, isolement reproduit, ramène avec lui tout le groupe dont il a fait partie, il faut que tous les éléments de ce groupe aient joui à peu près de la même clarté, de la même vivacité, de la même intensité. Si quelques-uns comme il arrive ordinairement, ont dominé les autres, ils se reproduiront mutuellement avec plus de facilité qu'ils ne reproduiront les autres ou qu'ils ne seront reproduits par eux. Or, ces divers degrés de clarté, par exemple, qui peuvent faire qu'une idée relative au même objet m'apparaisse comme deux idées différentes, que cette idée, traduite une seconde fois avec une clarté beaucoup plus grande ou beaucoup plus faible que la première fois, ne se présente pas comme souvenir mais comme idée nouvelle, ces divers degrés de clarté dépendent, comme on sait, de l'attention volontaire ou involontaire de l'âme, et celle-ci dépend à son tour du plus ou du moins de distractions qui sont venues assaillir l'âme, par les sens forcément exposés à l'action du dehors, ou que l'âme a été impuissante à repousser. Il s'ensuit que l'attention sera d'autant plus grande et les idées d'autant plus claires, que l'âme sera plus isolée du monde extérieur, plus à l'abri des distractions causées par des idées, des sensations, etc., etc., qui n'ont rien de commun avec les recherches dont elle s'occupe pour le moment. Cela explique la facilité avec laquelle la pensée se déroule dans nos rêveries de l'état de veille, dans nos moments heureux d'abstraction volontaire et surtout dans le somnambulisme. Les idées, les sensations, etc., du somnambule, doivent donc former par leur clarté et leur vivacité un grand contraste avec celles de l'homme éveillé, et cela suffit pour que ces dernières quoique relatives aux mêmes objets, ne puissent pas évoquer les autres. Mais rendez-leur leur plénitude primitive, c'est-à-dire rétablissez le somnambulisme ou l'isolement, et le souvenir se formera. Les somnambules se souviennent parfaitement de tous les détails de leurs accès précédents de somnambulisme. Ils se souviennent même de l'état de veille, et beaucoup mieux que s'ils étaient éveillés, parce que leur attention est plus libre.

Reste à expliquer par les mêmes lois le souvenir, assez rare jusqu'ici, qui démontre que le somnambulisme n'est pas plus étranger à l'état de veille que deux moments quelconques pris dans ce même état ne le sont entre eux.

Que faut-il, suivant M. Tandel, pour que nous n'oublions pas nos rêves de la veille, pour que nous ne perdions pas les fruits d'un moment d'inspiration? Il faut qu'avant de rentrer complétement dans l'état de veille commune, nous nous rendions compte à nous-mêmes de l'état où nous nous trouvons, ce que nous ne pouvons faire sans avoir eu la conscience vague de l'état opposé. Voilà le commencement d'une association graduelle qui se fait entre l'état d'isolement ou d'abstraction de l'âme et son état de distraction, qui est la veille vulgaire ; la transition n'est plus une transition soudaine, et les conditions du souvenir sont données.

Il en est de même du somnambulisme. Pour que le somnambule se souvienne, il suffit qu'il le veuille ; mais pour le vouloir, il faut qu'il se dise qu'il est somnambule, et qu'il ait la conscience de l'état opposé. Voilà encore une fois l'association faite ; ses conditions sont réalisées. Pourquoi ce souvenir

est-il si rare? parce qu'on en fournit plus rarement l'occasion aux somnambules, et ils ne la provoquent guère eux-mêmes parce que, grâce à leur isolement, ils sont beaucoup plus absorbés par leur objet que le penseur volontairement abstrait, et que le somnambulisme spontané se termine toujours par le sommeil ordinaire.

Voilà l'ensemble de la doctrine que M. Tandel expose dans la seconde partie de son mémoire. Elle renferme peut-être des points secondaires, qui pourraient souffrir quelque contestation, lorsqu'on ne se place pas au point de vue de l'auteur. Ceux-là même qui seraient peu disposés à affirmer que l'explication donnée par M. Tandel soit la seule vraie, la seule admissible, devront néanmoins reconnaître que l'ensemble du mémoire suppose dans son auteur une étude approfondie de la matière qu'il traite, et qu'il prouve une rare intelligence des plus hautes questions philosophiques. En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie que des remercîments soient adressés à M. Tandel, et que dans le cas où elle imprimerait les mémoires des savants étrangers, son travail fût inséré dans les recueils de la compagnie. »

(*Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles*).

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 6 avril.

Présidence de M. Meisser, secrétaire perpétuel.
Secrétaire : M. Marinus.

Ouvrages présentés.

1° Annales de la Société de médecine d'Anvers, année 1840, 1re livraison.

2° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand, cahier de février 1840.

3° Annales de la Société des Sciences naturelles de Bruges, 1re année, feuilles 28 à 31.

4° Nederlandsch Lancet, nos 8 et 9, 1840.

5° Archives de la médecine belge, janvier et février 1840.

6° Guide des pères et mères pour l'éducation, ou Paul et Émilie; par le Dr Chardon, membre correspondant.

7° Des étangs et des marais de la Bresse, par le même.

8° Beitrag zur lehre vom kindermorde, von Dr Brefeld. (Commissaires : MM. Mouremans, Meisser, et De Losen, rapporteur.)

9° Dentitio difficile, auctore doct. Brefeld.

10° Des stockfisch leberthran, von Dr Brefeld. (Commissaires : MM. Gluge, Meisser, et Rieken, rapporteur.)

11° Note sur le genre aristoloche; par J. Kickx, membre correspondant.

12° Note sur deux nouvelles scrophulariées, par le même.

13° Descriptio historica atque critica variarum uteri prolapsum curandi methodorum. Auctore W. Hendrickx, Berolini 1838.

14° Sweiter anatomischer Bericht, etc., von Dr T. Tourtual. (Commissaires : MM. Rieken, Meisser, et Gluge, rapporteur.)

15° Ueber angeborne Ubweichungen in der Contiguitaet des knochenshstemes, von Dr Tourtual.

16° Der pappverband nach Seutin. Von Carl Frech, practischen artze in Baden-Baden, 1840. (Commissaires : MM. Vanhuevel, A. Uytterhoeven, et Langlet, rapporteur.)

17° Bydrage tot de kennis der heerschende oogziekte in het Nederlandsche leger, etc., door L. P. J. Snabilié, D. M., chirurg.-majoor te Breda. (Commissaires : MM. Rieken, de Loosen, et Van Roosbroeck, rapporteur.)

Travaux manuscrits.

18° Notice sur le gisement et l'exploitation du diamant dans la province de Mesias-Geraes au Brésil; par Sébastien-Joseph Denis, de Herve (prov. de Liége).—A ce travail l'auteur a joint quatre échantillons provenant des mines de Diamant du Brésil, qu'il destine à la collection d'histoire naturelle de la Société. (Commissaires : MM. Mouremans, Leroy, et Meisser, rapporteur.)

19° Observations de rupture de l'utérus; par M. Hoebeke, membre correspondant à Bruxelles. (Commissaires : MM. Seutin, Marinus, et Vanhuevel, rapporteur.)

Membres correspondants nouveaux.

20° MM. De Stosch, médecin de la princesse royale de Prusse, à Berlin;
Busch, professeur d'accouchement, à Berlin;
Busse, conseiller de médecine et médecin de la Cour royale de Prusse, à Berlin;
Tourtual, docteur en médecine, etc., à Munster.

Rapport définitif sur le Concours.

21° L'ordre du jour appelle la lecture du rapport définitif sur le concours relatif à la question de l'ophthalmie qui règne dans l'armée.

Les conclusions du rapport sont : de ne point décerner le prix, les concurrents n'ayant pas résolu complétement la question proposée, mais d'accorder à titre d'encouragement les récompenses suivantes :

1° Une médaille d'or de la valeur de six cents francs au mémoire n° 2, portant pour devise : « *Les faits sont maintenant dans l'ordre intellectuel, la puissance en crédit.*

2° Une médaille d'or de la valeur de quatre cents francs au mémoire n° 1, ayant pour épigraphe : « *Dira per incautum serpunt contagia vulgus.* »

3° D'inscrire sur la liste des membres correspondants les auteurs de ces deux mémoires.

4° D'ordonner l'impression des deux mémoires susmentionnés.

Ces conclusions mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité. Il sera statué ultérieurement sur le mode de publication des mémoires.

Le secrétaire perpétuel procède immédiatement à l'ouverture des billets cachetés annexés aux deux mémoires honorés d'une médaille. M. Henri Vincent Decondé, D. M., médecin de régiment au 3e chasseurs à pied, est proclamé l'auteur du mémoire n° 2 ; et M. P.H. Gouzée, D. M., médecin principal de l'armée, à Anvers, est reconnu l'auteur du n° 1.

Le billet cacheté accompagnant le n° 3, est brûlé intact en présence de l'assemblée.

ARCHIVES
DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

—

ESSAI
SUR LES
INDICATIONS DU TRAITEMENT MERCURIEL GÉNÉRAL DANS LES MALADIES VÉNÉRIENNES (1) ;

Par le docteur E. HENROTAY,

Judicium difficile. HIPP.

L'étude des maladies vénériennes est hérissée de difficultés. Pour s'en assurer, il suffit de jeter les yeux sur les nombreux ouvrages publiés à diverses époques, sur la syphilis. En effet, si de ces nombreux travaux on cherche à former un corps de doctrine qui satisfasse le jugement, qui soit conforme à l'expérience et qui puisse guider le jeune praticien au lit des malades, l'on restera convaincu de la justesse de cette assertion. Que l'on songe que les uns rapportent au virus vénérien, ce que d'autres attribuent au traitement employé; que l'on fasse attention aux doutes qui restent si souvent dans l'esprit des plus grands praticiens sur l'application des moyens, dans les cas particuliers qui se présentent à eux, et l'on verra combien il est

(1) Dans cet article, je n'ai guère envisagé la syphilis que chez l'homme; peu de médecins se trouvent placés dans des circonstances assez favorables pour pouvoir étudier convenablement les maladies vénériennes dans les deux sexes. Il y a quelques années, à Paris, l'hôpital du midi (dit des Capucins) recevait également les hommes et les femmes, le même médecin les soignait, l'abord en était facile; aujourd'hui les femmes sont réléguées à l'hôpital de l'Ourcine, qui est devenu impénétrable. Je ne sais si la morale y a gagné; mais, à coup sûr, la science y a perdu.

difficile de posséder les connaissances nécessaires pour traiter convenablement les vénériens. De nos jours, cependant, la culture de cette spécialité par quelques hommes distingués, lui a fait faire des progrès incontestables. Parmi ceux qui y ont le plus contribué, on doit citer, en première ligne, M. Ricord : il a surtout bien établi le traitement local des accidents primitifs. L'ouvrage qu'il a publié, étant, en grande partie, consacré à la défense de l'inoculation, est loin de comporter l'étendue nécessaire à l'examen de quelques autres questions de la plus haute importance. Ayant suivi, pendant quelque temps, les leçons de cet illustre praticien, je pourrai émettre, ici, quelques-unes des opinions qu'il a énoncées dans ses cours et qu'il n'a pas reproduites dans son ouvrage.

Les questions que j'examinerai sont des plus ardues; je n'ai pas la ridicule prétention de les trancher et de satisfaire tous les esprits; je dirai quelles sont mes croyances et les raisons sur lesquelles je les appuie, dans l'espoir que le jugement des autres médecins m'apprenne si j'ai tort ou raison; si je dois persévérer dans cette voie ou si je dois en changer. Aussi, je ne crains pas la discussion sur cette matière, je l'appelle, au contraire, de tous mes vœux pour qu'elle vienne m'éclairer, et avec moi, d'autres médecins, qui partagent mes doutes.

Une des questions les plus importantes à examiner est l'emploi du mercure. Peu de médecins, il est vrai, rejettent ou admettent l'emploi de ce médicament d'une manière absolue; mais il existe, cependant encore, une assez grande divergence d'opinions à cet égard. Les uns pensent qu'on ne doit en faire usage que dans des circonstances rares; d'autres croient, au contraire, qu'il faut l'administrer dans la majorité des cas. Il en est d'autres qui semblent tenir le milieu entre ces deux opinions. Mes idées se rapprochent de celles de ces derniers, non pas, parce qu'ils se tiennent à égale distance des deux extrêmes ; mais, parce que les raisons sur lesquelles ils établissent l'indication du traitement mercuriel général dans la syphilis, me semblent les mieux fondées.

Les mercuriaux, dans la syphilis, sont administrés dans deux buts bien distincts :

1° Pour prévenir la syphilis constitutionnelle ;

2° Pour la combattre lorsqu'elle existe.

C'est à peine si je noterai leur emploi, comme moyens locaux, dans le traitement de quelques symptômes vénériens, où l'on y a recours pour remplir certaines indications qui ne se rapportent pas directement au virus vénérien, de la même manière qu'on les emploie également pour d'autres affections étrangères à la syphilis.

Que le mercure soit le moyen le plus efficace et le plus souvent indiqué dans la syphilis constitutionnelle, c'est un principe qui souffre à peine la moindre contestation, et les succès éclatants que l'on obtient, chaque jour, par son usage, le prouvent assez; mais, suit-il de là qu'il puisse également prévenir la syphilis constitutionnelle ? Ce qui rend cette question très-obscure, c'est que la syphilis constitutionnelle se déclare souvent quoique l'on ait eu recours aux mercuriaux comme traitement général, et que, d'un autre côté, la syphilis constitutionnelle ne se développe pas constamment après l'existence de symptômes primitifs, guéris sans mercure. Ces deux faits reconnus, et ils sont généralement admis, il importerait de savoir, si la syphilis constitutionnelle est plus fréquente et plus grave, lorsqu'on n'a pas fait usage du mercure pour la prévenir, que lorsqu'on y a eu recours. Cette question est difficile à juger. Chacune des deux écoles la tranche à sa manière ; des deux côtés, on a publié des statistiques qui sont loin d'avoir convaincu le public médical. On a, surtout, attaqué les relevés des partisans du traitement sans mercure; les uns les ont taxé de mensongers, d'autres ont cru y trouver des sources d'erreurs. Pour être à même de trancher cette question, il faudrait se trouver, pendant un grand nombre d'années, dans des circonstances difficiles à rencontrer ; sinon, elle restera longtemps encore, dans les mêmes termes, et les croyances générales ne changeront pas; d'autant plus que le médecin qui se guiderait d'après la pratique du Val-de-Grâce, assumerait sur lui une grande responsabilité et s'attirerait de graves reproches, si le succès ne venait justifier sa témérité.

Dans l'état actuel de la science, après avoir consulté les faits et les opinions qui ont été produits par les auteurs des diverses

écoles, après les avoir comparés aux observations que j'ai pu faire sur ce sujet, je crois pouvoir établir que la syphilis constitutionnelle est plus fréquente lorsqu'on n'a pas employé préalablement un traitement mercuriel général; mais que, d'un autre côté, la syphilis constitutionnelle revêt une forme plus grave, lorsqu'elle survient malgré l'emploi du traitement général ; ce qui me paraît tenir, en grande partie, à une mauvaise administration du mercure.

Toutefois, en admettant l'emploi du mercure comme moyen prophylactique, il me paraît rationnel d'en restreindre l'usage, et c'est ce qui ressortira particulièrement de ce travail.

Dans les affections constitutionnelles traitées par le mercure, il est souvent difficile de faire la part du virus vénérien et celle du traitement mercuriel. On a exagéré, d'un côté, les inconvénients du mercure, et de l'autre, on les a méconnus. Pour séparer ce qui appartient au mercure, de ce qui doit être attribué à la syphilis, il faut, a-t-on dit, étudier l'action de ce médicament mis en usage contre d'autres affections : mais, quelle est la maladie dans laquelle on emploie les mêmes préparations mercurielles, en aussi grande quantité et continuées aussi longtemps que dans la syphilis ? Dans des affections graves, comme la péritonite puerpérale, on administre peut-être une grande quantité d'onguent mercuriel sans en voir résulter d'autre accident notable que la salivation, qu'on recherche peut-être même dans ces cas; dès lors, la comparaison rigoureuse avec des affections étrangères n'est plus possible que pour le traitement général de la syphilis par l'onguent mercuriel en frictions, mode d'administration du mercure auquel on a rarement recours, aujourd'hui, comme traitement général. Et, dans les cas même où l'on emploie de grandes quantités d'onguent mercuriel contre des affections étrangères à la syphilis, ne pourrait-on pas s'expliquer pourquoi d'autres accidents que la salivation n'apparaissent pas, par la tolérance que l'on remarque pour beaucoup de médicaments, dans une foule de ces maladies qui jettent l'organisme dans un trouble profond; état qui ne peut pas être comparé à celui d'un homme qui a contracté un chancre depuis quelques jours. Toutefois, même dans ces affections, ou dans d'autres, qui, plus legères,

ont été combattues par des doses plus faibles des préparations mercurielles, on observe, du côté de la peau, une affection dont S. Cooper a donné une très-bonne description dans son dictionnaire de chirurgie pratique, et qu'il désigne sous le nom d'Erythème mercuriel; et qui constitue parfois une affection assez grave et de durée assez longue, pour être prise en considération.

L'accident qui suit le plus fréquemment l'administration du mercure, est la salivation. Elle apparaît quelquefois après des doses si faibles des préparations hydrargiriques, que l'on ne croyait pas avoir à la redouter en les administrant. En voici un exemple frappant : j'avais donné à une jeune fille de quatorze ans, atteinte d'une ophthalmie scrofuleuse, trois grains de calomel qu'elle devait prendre en deux jours par faibles doses à la fois. Après en avoir pris la quantité prescrite pour le premier jour, elle fut atteinte d'une violente salivation; je suspendis l'usage du calomel et j'employai, pendant quinze jours, successivement, la plupart des moyens préconisés contre la salivation; je ne pus m'en rendre maître entièrement et trois mois après, elle salivait encore faiblement et son haleine conservait la fétidité que l'on remarque dans ce cas. Et, moi-même, quoique je ne passe guère qu'une demi-heure, par jour, dans la salle des vénériens de l'hôpital militaire d'Anvers, salle vaste, bien aérée, où les fenêtres sont souvent ouvertes dans la journée et dans laquelle il y a rarement, à la fois, plus de quatre à cinq malades qui fassent usage des préparations mercurielles, j'éprouve, fréquemment, un gonflement mercuriel des gencives avec fétidité de l'haleine, dont je me débarrasse, il est vrai, en un ou deux jours, au moyen d'un collutoire, contenant une once de chlorure de chaux liquide sur huit onces d'eau.

La salivation est, quelquefois, très-étendue et très-rebelle : il peut en résulter des ulcérations, dont on n'arrête pas toujours facilement les progrès, et ces ulcérations amènent parfois la carie et la nécrose rapide des alvéoles, des os maxillaires, et par suite l'ébranlement et la chute des dents.

Le tremblement est encore un accident assez fréquent à la suite de l'administration du mercure.

On peut en dire autant du dépérissement graduel, soit qu'on ait forcé la dose de cet agent thérapeutique, soit qu'on l'ait employé pour des individus dont la constitution ne se prête pas à son action.

Si l'on réfléchit que, pour d'autres affections, il peut rester des doutes sur la cause qui les a produites, si l'on songe que, dans les expériences faites sur des animaux, le mercure a produit des accidents qui ont de grandes analogies avec la syphilis et si l'on y ajoute les maladies auxquelles sont sujets les ouvriers exposés aux émanations mercurielles, dont nous avons observé quelques exemples dans les hôpitaux de Paris, on ne sera plus en droit de dire avec quelques auteurs : *Pourquoi négliger une précaution qui ne peut jamais nuire,* et l'on ne s'étonnera plus que quelques médecins aient cherché à restreindre, de beaucoup, l'usage des préparations mercurielles, comme traitement général de la syphilis (1).

Pour décrire, d'une manière un peu exacte, les accidents dus au mercure, il faudrait les établir d'après les différentes préparations employées. Un tel travail serait bien propre à jeter quelque jour sur les questions qui nous occupent ; mais les documents nous manquent pour l'entreprendre.

M. Ricord soutient que ces accidents ne sont ni aussi fréquents, ni aussi graves qu'on l'a prétendu et il appuie cette opinion sur les cas nombreux de blennorrhagies pour lesquelles on établissait autrefois un traitement général et sur le peu d'accidents que l'on a vus à leur suite. Mais, on lit dans une édition de Lagneau, publiée en 1818, et cet auteur faisait autorité à cette époque, qu'il recommandait après une blennorrhagie, quelques grains de calomel continués pendant dix à douze jours. Certes, un tel traitement général ne peut pas appuyer l'opinion de M. Ricord, aujourd'hui que l'on est généralement d'accord d'employer un

(1) Le professeur Ansiaux croyait que l'administration du mercure pouvait être une cause occasionnelle du développement de la phthisie pulmonaire et, dans ses leçons, il appuyait cette opinion de faits nombreux, de manière à ne laisser que peu de doutes à cet égard. Le sublimé détermine surtout cet accident.

traitement général mercuriel complet, ou de ne pas l'employer du tout.

Pour établir les indications des mercuriaux comme méthode générale prophylactique, nous devons examiner successivement les différents symptômes primitifs et voir dans quelles circonstances, ils peuvent donner lieu à l'infection générale.

Parmi les affections vénériennes, les unes sont virulentes, d'autres ne le sont pas, ou ne le sont que dans certaines conditions. Nous devons donc étudier quels sont leurs caractères distinctifs.

Blennorrhagie. La blennorrhagie réclame-t-elle un traitement mercuriel général? Cette question en renferme deux autres que nous devons examiner: 1° la blennorrhagie est-elle un signe d'infection virulente; 2° en admettant que la blennorrhagie puisse être virulente, doit-on recourir à un traitement général? Sans nous occuper des points sur lesquels les médecins sont, aujourd'hui, généralement d'accord, nous en trouverons encore assez d'autres sur lesquels les opinions diffèrent beaucoup.

Pour la plupart des médecins, la blennorrhagie est de deux espèces, virulente ou non-virulente. Dans le premier cas, le sujet qui en est atteint est exposé à éprouver plus tard la syphilis constitutionnelle; il peut transmettre, par le coït, le chancre syphilitique, et, par l'hérédité, toutes les formes de la syphilis constitutionnelle. La blennorrhagie non-virulente peut se transmettre par le coït; mais elle n'expose pas le sujet qui en est atteint, à la syphilis constitutionnelle; elle ne communique jamais le chancre virulent et ne donne jamais lieu à la syphilis héréditaire. Telles sont, à cet égard, les croyances les plus générales, fondées, d'ailleurs, sur des raisons assez solides, que nous croyons superflu de rappeler ici.

M. Ricord regarde la blennorrhagie comme n'étant jamais virulente par elle-même; selon ce praticien, lorsque la blennorrhagie donne lieu à l'infection vénérienne, c'est qu'il existe un chancre dans le canal de l'urètre. Cette opinion est partagée par un grand nombre de médecins, elle est aussi la mienne; je ne reproduirai pas les raisons sur lesquelles elle est fondée.

La blennorrhagie virulente, ou ce qui revient au même pour

nous, le chancre caché dans le canal de l'urètre, est une affection tellement rare, en comparaison de la blennorrhagie, que nous appellerons simple par opposition à l'autre, que, d'après quelques auteurs, elle existe à peine une fois sur cent. D'autres médecins, tout en regardant cette proportion comme exagérée, croient, cependant, que la blennorrhagie virulente est excessivement rare, eu égard à la blennorrhagie simple.

Swediaur que nous aimons encore à consulter, s'exprime ainsi à ce sujet : « C'est une erreur de croire que l'écoulement pro-
» vient d'un ulcère dans l'urètre. Sur cinquante blennorrhagies
» venant à la suite d'une copulation contagieuse, il n'y en a peut-
» être pas une où il se trouve un véritable ulcère. La maladie
» est simplement une inflammation érysipélateuse ou superficielle
» de la membrane interne et des lacunes muqueuses, ou des
» orifices excrétoires des glandes de l'urètre chez les hommes,
» ou de la membrane interne des grandes lèvres, des nymphes
» ou du vagin chez les femmes. On peut comparer ce mal assez
» exactement à l'inflammation qu'éprouve dans les rhumes la
» membrane muqueuse du nez et des poumons. »

Existe-t-il des signes propres à faire distinguer la blennorrhagie virulente de celle qui ne l'est pas? La coloration et la densité de la matière de l'écoulement, ne peuvent servir à établir cette distinction; ce sont là des circonstances trop variables et qui dépendent plutôt de l'époque et de l'intensité que de la nature de l'affection.

L'analyse chimique n'a pas jusqu'ici résolu cette question. On sait que, traité par l'ammoniaque, le pus d'un abcès se concrète en une matière gluante et tenace, tandis que la même chose n'a pas lieu pour tous les autres liquides de l'économie.

M. Donné a trouvé dans le pus des chancres syphilitiques des animalcules analogues aux animaux infusoires, qu'il n'a jamais rencontré dans les autres espèces de pus qu'il a examinés. M. Vanoye a lu dans la séance du 25 Février 1840 de la Société des sciences naturelles de Bruges quelques réflexions sur un animalcule trouvé dans le pus syphilitique. Mais ces médecins n'ont pas, jusqu'ici, fait servir cette découverte à la solution de la question qui nous occupe.

Peut-on diagnostiquer la blennorrhagie virulente d'après la marche, la durée, l'intensité de l'affection? Si l'on consulte à cet égard les auteurs, on verra que l'intensité de l'inflammation est pour les uns, un signe de virulence; tandis que, pour d'autres, elle est précisément tout le contraire. Des blennorrhagies en apparence très-bénignes et d'assez courte durée, ont été suivies de la syphilis constitutionnelle ; tandis que l'on voit tous les jours, les urétrites les plus inflammatoires ou les plus rebelles, ne donner lieu, par la suite, à aucun signe d'infection générale.

M. Pigeaux a cru trouver dans l'incubation le caractère de la blennorrhagie virulente; selon lui, cette affection ne se développe jamais que quelques jours après un coït impur, tandis que pour la blennorrhagie simple il n'y a pas de période d'incubation; elle se développe insensiblement; mais sans intervalle bien sensible entre la cause et l'effet de la maladie. Pour quiconque a observé beaucoup d'urétrites, il est constant que cette affection se déclare, ordinairement, quatre ou cinq jours après un coït impur, et qu'avant ce temps, aucun signe n'avait pu faire soupçonner aux malades, qu'ils avaient contracté cette maladie, et, cependant, on sait combien l'on s'observe après s'être livré à la copulation avec une femme tant soit peu suspecte. Si l'observation de M. Pigeaux était exacte, il en résulterait que presque toutes les blennorrhagies devraient être regardées comme virulentes, tandis que ce cas est, au contraire, le plus rare.

Nous arrivons maintenant à un signe diagnostique plus certain et sur lequel M. Ricord a surtout fixé l'attention : je veux parler de l'inoculation. Chaque fois que par l'inoculation on donnera lieu à une pustule, dont ce praticien a décrit le développement, pustule qui se convertit en chancre inoculable à son tour, si on ne l'arrête dans son progrès, on aura une blennorrhagie virulente. Elle sera simple, au contraire, lorsque l'inoculation ne développera pas cette pustule. Il existe, cependant, une cause d'erreur; ainsi le chancre larvé, à sa période de réparation, ne s'inocule plus; c'est là d'ailleurs un fait constant pour tous les symptômes virulents : ils ne s'inoculent que dans la période de progrès.

Quelques praticiens ont prétendu que l'inoculation ne pouvait être ici d'aucun secours, parce qu'ils l'avaient souvent employé sans avoir jamais rien produit. Cette conclusion n'est pas rigoureuse, car la blennorrhagie virulente étant très-rare, eu égard à l'autre, ce ne sera que dans des cas peu communs que la blennorrhagie donnera lieu à la pustule caractéristique; or il existe des exemples où elle a été produite, et par conséquent l'inoculation peut faire diagnostiquer la blennorrhagie virulente.

Mais l'inoculation est-elle toujours sans danger? Nous avons répondu à cette question dans un précédent article (1), dans lequel nous avons rapporté deux exemples de chancres produits par l'inoculation qui ont duré beaucoup plus de temps que les chancres, et qui, par conséquent, ont exposé davantage les sujets à l'infection générale. L'inoculation est donc le moyen le plus sûr; mais c'est, en même temps, un moyen dangereux. Nous y avons depuis longtemps renoncé, et nous avons appris depuis la publication de ces deux observations, que d'autres praticiens en avaient également reconnu les inconvénients.

Des considérations dans lesquelles nous sommes entrés au sujet du diagnostic de la blennorrhagie, il résulte, qu'il n'existe qu'un seul moyen de l'établir, l'inoculation; mais qu'il n'est pas prudent d'y avoir recours.

Dans cette incertitude, que doit faire le praticien? Doit-il employer les mercuriaux comme traitement prophylactique dans tous les cas, ou doit-il attendre le développement des accidents vénériens constitutionnels pour les mettre en usage? Nous croyons que l'on doit s'en abstenir pour les raisons suivantes :

1° A cause de la rareté des blennorrhagies virulentes par rapport aux blennorrhagies simples.

2° La blennorrhagie virulente peut se guérir localement, et elle n'est pas toujours suivie de la syphilis constitutionnelle, bien qu'on n'ait pas employé de traitement général.

(1) *Annales de la Société de médecine de Gand*, année 1838, *Considérations sur les maladies vénériennes et particulièrement sur les bubons et leur traitement.*

3° Parce que les mercuriaux n'empêchent pas toujours le développement de la syphilis constitutionnelle.

4° A cause des dangers qui résultent, quelquefois, de l'administration du mercure, et des inconvénients que l'administration de cet agent entraîne toujours avec elle.

Je n'ai employé le traitement mercuriel général après une blennorrhagie, qu'une seule fois dans ma pratique, et d'après le conseil du médecin de régiment, auquel appartenait le militaire que j'avais en traitement; le malade demandant lui-même avec instances qu'on l'y soumit, et ayant d'ailleurs pris la plupart des doses de ce médicament en ma présence.

Après avoir été guéri, en peu de jours, de sa blennorrhagie, par les moyens ordinaires, je lui fis subir un traitement général très-complet et très-régulier, par le proto-iodure de mercure. Quelque temps après, il lui survint un énorme bubon à l'aine droite, à la fois multiple et phlegmoneux, qui a fourni à diverses époques plusieurs points de suppuration, et qui a retenu ce militaire à l'hôpital pendant plusieurs mois. Il m'a assuré, à plusieurs reprises, ne plus s'être exposé à contracter la syphilis, depuis sa blennorrhagie, qu'il m'a dit être la seule maladie vénérienne qu'il ait eue pendant sa vie, et j'ai tout lieu de croire qu'il n'a pas cherché à me rien cacher, quoique, à la rigueur, en semblable matière, on puisse toujours élever des doutes sur la fidélité des assertions des malades; les militaires n'ont cependant pas l'habitude de nous cacher leurs maladies antécédentes; car ils n'ont pas pour le faire les mêmes raisons que les autres personnes.

Si, pour appuyer davantage cette opinion de ne jamais administrer de traitement général après une blennorrhagie, nous recourons aux ouvrages publiés sur les maladies vénériennes, nous verrons que la plupart des auteurs lui sont favorables.

Indépendamment des médecins physiologiques, nous citerons encore, de nos jours, MM. Ricord, Boyer et Gibert. Quelques autres, comme M. Lagneau, conseillent de recourir à des doses de mercure insignifiantes, s'il y a infection générale; inutiles, si elle n'existe pas.

Dans le siècle dernier, il a paru une foule de traités de la

gonorrhée virulente, et la plupart des auteurs ne conseillent pas d'employer le traitement mercuriel général.

Dans un article que Bosquillon a ajouté à sa traduction du *Traité des maladies vénériennes*, par B. Bell, on voit que la plupart des anciens auteurs n'employaient pas de traitement mercuriel après la guérison de la blennorrhagie; ce ne fut que longtemps après la grande épidémie de Naples, que l'on commença à y avoir recours dans ces cas.

Chancre. Nous arrivons maintenant à un signe beaucoup plus caractéristique de la syphilis primitive, le chancre. Si les cas de blennorrhagie virulente sont les plus rares, le contraire a lieu pour les chancres, et l'on pourrait, sous ce rapport, établir la proportion inverse à celle de la blennorrhagie.

Quoique les caractères des chancres virulents aient été bien décrits, quoiqu'on les distingue en général très-facilement de toute autre espèce d'ulcération, il n'en est pas moins vrai qu'il se présente quelquefois des ulcérations aux organes génitaux ayant tout à fait l'aspect des chancres syphilitiques, mais n'en ayant pas la virulence. Nous avons cité un cas de ce genre qui s'est offert à nous; l'inoculation pratiquée dans les premiers jours, et à plusieurs reprises, nous a constamment donné un résultat négatif. De pareils exemples doivent être rares; l'inoculation peut seule les faire distinguer; nous ne conseillons cependant pas d'y recourir, parce que les avantages que l'on en retirerait dans ces cas ne nous semblent pas compensés par les inconvénients de l'inoculation; cette cause d'erreur arrive très-rarement, eu égard au grand nombre de chancres que l'on a à traiter, et en second lieu, comme ces ulcérations non virulentes se guérissent, ordinairement, en très-peu de jours, ce ne sera guère contre elles qu'on aura recours au traitement mercuriel général.

Pour bien apprécier les indications du traitement général, suivons le chancre dans son développement. Au moyen de l'inoculation on a pu étudier le chancre dans son commencement.

Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué devient rouge.

Le deuxième jour, on voit s'élever une petite papulle rouge. Il se forme autour d'elle une auréole également rouge.

Le troisième jour, cette papulle passe à la forme vésiculeuse; on remarque au centre un petit point noir dû à du sang desséché; l'auréole se dessine davantage.

Le quatrième jour, cette élevure devient pustuleuse, elle s'aplatit et devient ombiliquée; l'auréole tend à s'étendre. Les parties placées sous la pustule s'engorgent, celle-ci se dessèche et forme des croûtes en forme de cône, dont l'extrémité tronquée est déprimée. Cette pustule tient le milieu, pour la forme, entre celle de l'ecthyma et celle du rupia. Ces croûtes tombent et montrent au-dessous d'elles un chancre qui existe dès que la pustule existe. A cette ulcération, il y a une base, des bords, un fond, une marge et une auréole qui peut être plus ou moins colorée.

Si, à cette époque, le chancre n'est pas arrêté dans sa marche, la base devient dure et semble être formée par une substance plastique; le fonds se couvre, à la période d'ulcération, d'une sorte de fausse membrane grise, quelquefois lardacée; les bords s'arrondissent, si rien ne s'oppose à cette forme; ils sont un peu décollés, dentelés par des points noirs ou bruns, paraissent coupés net, comme par un emporte-pièce; ils sont un peu taillés à pic; ils ont l'aspect infundibuliforme; souvent ils sont durcis, engorgés; la marge devient dure, œdémateuse; l'auréole est d'autant moins définie, que la période de réparation tarde plus à se montrer; elle est d'un rouge sombre, tant que la maladie est à la période de progrès.

Lorsque la période de réparation est franchement commencée, le pus ne s'inocule plus. L'auréole se limite, se circonscrit pour disparaître; la peau qui en était le siége reprend son état normal; la marge s'affaisse, se dégorge; les indurations disparaissent; les bords s'amincissent, se recollent, leurs dentelures disparaissent et ils deviennent d'un gris lisse, terne. Cette teinte gris-perle est le signe de la réparation pour les bords. Des bourgeons charnus apparaissent, un épiderme ou un épithélium gagne de la circonférence vers le centre. Il arrive souvent que, quoi qu'on fasse, le fond de l'ulcère devient saillant, les bords ont

disparu; mais les bourgeons passent souvent à l'état de fongosités : c'est l'*ulcus elevatum*, qui n'est qu'un premier degré des végétations.

Il peut se faire aussi que l'ulcération persiste, et qu'elle ne passe pas à l'état de réparation, mais qu'elle se transforme en ulcération secondaire; elle ne se cicatrise pas, mais elle ne s'inocule plus.

Le mode de développement du chancre est trop important à connaître, pour la solution de la question qui nous occupe, pour ne pas l'avoir exposé ici. Car, si nous ne cherchons plus autant à distinguer celles de ces affections qui sont virulentes de celles qui ne le sont pas, il est une autre recherche qui doit attirer toute notre attention; c'est celle de l'époque de l'infection générale. En effet, chaque fois que s'offrira à nous un malade atteint de chancre, nous aurons à nous demander : l'infection générale existe-t-elle déjà, et faut-il recourir à un traitement général pour empêcher le développement de la syphilis constitutionnelle; ou bien, peut-on encore guérir la maladie localement?

Les chances d'infection dépendent de l'âge du chancre et de sa manière d'être; on pourrait dire encore qu'elles dépendent du siége du chancre; car dans certaines parties l'absorption est plus facile que dans d'autres; la constitution du sujet a aussi quelqu'influence sous ce rapport.

Nous avons vu que jusqu'au cinquième jour, c'est un travail tout local qui a eu lieu; c'est l'évolution du chancre. Passé cette époque, la base s'indure, souvent on voit apparaître sur la verge des trainées de vaisseaux lymphatiques engorgés, douloureux, ainsi que les ganglions lymphatiques auxquels ils aboutissent; c'est là l'extension de la maladie, la tendance à l'infection générale; cet état commence le cinquième jour après le coït qui a donné naissance au chancre, souvent plus tard, jamais plus tôt. M. Ricord affirme ne pas connaître d'exemple de syphilis constitutionnelle après un chancre qui n'a duré que cinq jours. Il ne faut pas en conclure cependant que l'on doive administrer les mercuriaux pour tous les chancres qui ne sont pas entièrement cicatrisés cinq jours après celui où ils ont été contractés; telle n'est pas la pratique de M. Ricord, ni de la plupart des autres

médecins qui ont l'habitude du traitement des maladies vénériennes. Il faudrait, ou supposer que l'on ait l'habitude de se présenter à la visite du médecin, un ou deux jours après un coït infectant, avant même que les malades se soient douté d'avoir contracté un chancre; ou bien il faudrait admettre que l'on fait subir à la plupart des malades un traitement général. Or, on sait que les malades ne réclament ordinairement nos soins que lorsque le chancre est déjà tout formé; c'est-à-dire après 5, 6 ou 7 jours de la naissance du chancre, et, d'un autre côté, M. Ricord a tellement restreint dans sa pratique l'emploi du traitement prophylactique après les chancres, qu'il ne l'emploie plus que dans la 10e ou même la 20e partie des cas, dans lesquels on y avait autrefois recours. Voyons donc comment il faut entendre la destruction du virus sur place.

Lorsqu'on arrive dans les cinq ou six premiers jours de la naissance d'un chancre, c'est-à-dire du moment où il a été contracté, l'induration n'existe pas encore. Si, à cette époque, on cautérise profondément l'ulcération, on en modifie la nature virulente et on y substitue un ulcère, qui n'a plus tous les caractères du chancre et qui se rapproche beaucoup de ceux qui sont produits par le caustique. Dans cette opération, il importe de toucher tous les points et surtout toutes les profondeurs de l'ulcération : il est préférable de pécher ici par excès que par défaut; l'excès ne peut avoir d'autre inconvénient que de retarder de quelques jours la cicatrisation complète de l'ulcère; tandis que le défaut peut exposer à l'infection générale. Il convient encore de répéter souvent cette pratique dans les premiers jours. La marche de l'ulcération étant ainsi modifiée, l'induration n'apparaît pas, le chancre est devenu une ulcération simple qui tend, chaque jour, au moyen de pansements convenables, à se cicatriser; et, bien que la cicatrisation complète se fasse encore attendre dix à quinze jours, on n'a plus à craindre l'infection générale.

Si l'on n'est consulté que six à huit jours après la naissance du chancre, alors que l'induration a commencé, mais qu'elle est encore récente, on peut, au moyen de l'excision, enlever cette induration, lorsque la partie qui en est le siége, le permet. On

pourrait encore la détruire au moyen d'un caustique puissant, comme la pâte de Vienne, par exemple. Mais, pour avoir quelque confiance dans ces moyens, il faut arriver dans les premiers jours de la formation de l'induration; si elle est de longue date, ils ne servent à rien; les parties voisines s'infecteront, malgré leur emploi. Je dois dire aussi, qu'il existe parfois des contre-indications à l'emploi de ces moyens destructeurs de l'induration; mais il n'entre pas dans mon sujet de les décrire ici.

L'induration ne reconnaît pas toujours pour cause un commencement d'infection générale; lorsqu'un chancre existe sur le prépuce, l'induration arrive, presque constamment, à un haut degré, à une époque bien plus rapide que lorsque le chancre a un autre siége; c'est que la laxidité du tissu cellulaire de cette partie en rend l'engorgement facile après la moindre excitation; toute autre cause irritante la développe également, et l'expérience prouve que, s'ils n'ont pas une durée plus longue que les autres chancres, ils ne développent pas plus facilement les accidents secondaires.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que du chancre régulier; les différentes variétés de chancres n'amènent dans les chances d'infection consécutive d'autre différence que d'après leur durée. Ainsi, quelle que soit la variété du chancre, les probabilités d'accidents secondaires seront toujours en raison directe de sa durée. Cependant le chancre gangréneux mérite une considération particulière; ces chancres sont ordinairement privés de l'induration plastique que l'on trouve dans le chancre Huntérien; mais il existe des cas dans lesquels l'excès d'induration devient cause de destruction, en détruisant les tissus par compression.

Dans le chancre phagédénique gangréneux, il y a deux variétés qui offrent une grande différence sous le rapport de l'infection consécutive. La première est inflammatoire; ces chancres entraînent avec eux les tissus qui sont infectés et ne laissent aucune chance d'accidents secondaires; la deuxième variété arrive par excès d'induration; ils sont peu douloureux, leur marche est très-lente; ils détruisent les tissus couche par couche et exposent à la syphilis constitutionnelle.

Bubon. Sous le point de vue qui nous occupe, le bubon doit

être divisé en bubon virulent et en bubon non virulent.

Le premier indique que le pus du chancre a pénétré jusque dans les ganglions de l'aine; le second est une inflammation simple développée dans les glandes inguinales.

Il importe beaucoup de reconnaître si le bubon est ou non virulent, relativement à l'emploi du traitement général; aussi devons-nous étudier les caractères propres à faire établir cette distinction.

La co-existence d'un chancre, surtout du même côté, est un des signes les plus caractéristiques de la virulence d'un bubon; cependant il peut arriver que le chancre détermine l'engorgement sympathique d'un ganglion de l'aine, en agissant comme cause irritante. Le mode du développement du bubon pourra venir en aide; s'il ne s'est développé que dix à douze jours après la naissance du chancre; si le chancre est induré, il est probable que le bubon est virulent; au contraire, s'il s'est développé dans les premiers jours de la naissance du chancre, il est probable qu'il n'est pas dû à l'absorption successive du virus.

Les bubons qui arrivent sans avoir été précédés d'aucun autre symptôme, ont été appelés par les auteurs, bubons d'emblée. M. Ricord prétend qu'ils ne sont jamais virulents. Nous avons observé un exemple d'exostose à la partie moyenne et antérieure du tibia présentant tous les caractères syphilitiques, chez un malade que nous avions traité, quelques mois auparavant, d'un bubon d'emblée pour lequel nous n'avions pas établi de traitement mercuriel général. Cet homme nous assura n'avoir jamais eu d'autre affection vénérienne. Je sais très-bien que sur un pareil fait on peut faire une foule d'objections, la matière s'y prête, elle est très-élastique. Et d'abord, est-il positif que cet homme n'ait jamais eu d'autre antécédent vénérien? Le bubon n'a-t-il pas été précédé d'une ulcération qui se sera guérie en si peu de temps, qu'elle aura échappé à l'observation du malade? Cette exostose était-elle bien de nature vénérienne? Si le malade n'avait jamais contracté de maladie vénérienne antécédente, ne pourrait-on pas la rapporter à l'hérédité? Quoi qu'il en soit de ces objections, nous pensons qu'il faut au moins suspendre son jugement à cet égard; nous admettons volontiers que les bubons

11.

d'emblée doivent être très-rarement virulents; mais nous ne sommes pas convaincus qu'ils ne puissent jamais l'être.

M. Desruelles a divisé les bubons en superficiels ou sus-aponévrotiques, et en profonds ou sous-aponévrotiques. L'anatomie ayant démontré que les vaisseaux lymphatiques de la verge se rendent dans les ganglions superficiels de l'aine, c'est par eux, suivant cet auteur, que commencent les bubons dûs à l'infection virulente; et si les ganglions profonds s'affectent dans ces cas, ce n'est qu'ultérieurement, par les communications qu'ils ont avec les ganglions superficiels. Cette distinction ne nous paraît pas être d'une grande utilité. En admettant même qu'il soit toujours facile de reconnaître si l'inflammation a commencé par les ganglions superficiels, ou par les ganglions profonds, nous pouvons tout au plus en tirer cette conséquence, c'est que chaque fois, et ce sont les cas les plus rares, que les ganglions profonds s'engorgent les premiers, l'affection n'est pas virulente. Lorsque c'est par les ganglions superficiels que la maladie débute, le doute persiste; car toute autre lésion de la verge que le chancre virulent peut également y donner lieu; et le chancre virulent lui-même peut engorger un ganglion sympathiquement.

M. Philippe Boyer, pour distinguer le bubon syphilitique du bubon scrofuleux, donne surtout pour signes différentiels la mollesse et l'élasticité, qui, selon lui, n'existent jamais dans la première espèce et se rencontrent toujours dans la seconde. Nous avons souvent fixé notre attention sur ce point, et nous avons cru reconnaître que le degré de mollesse et d'élasticité d'un bubon dépend de sa tendance à se résoudre, à suppurer ou à s'indurer, plutôt que de sa nature intime. M. Philippe Boyer a aussi cru que lorsqu'un bubon survient à la suite d'une autre affection aux organes génitaux, celle-ci est de nature virulente. Cette opinion ne peut soutenir le plus léger examen et est en tout contraire aux lois de la sympathie. Pour être conséquent, M. Boyer serait forcé d'admettre que toute blessure faite à un doigt et suivie d'une adénite axillaire, devrait être considérée comme syphilitique, quelle que fût d'ailleurs la cause qui l'ait produite.

Mais un signe qui peut être de quelque valeur, c'est la suppuration. M. Ricord pense que les bubons virulents suppurent,

quoi qu'on fasse. Quoique cette opinion soit assez probable, il est cependant difficile d'en donner la démonstration (1); toutefois, en admettant cette proposition, il en résulterait que tous les bubons qui ne suppurent pas, ne sont pas virulents. Quant aux bubons qui suppurent, l'inoculation, faite dans les circonstances nécessaires, et avec les précautions indiquées par M. Ricord, prouve qu'ils ne sont pas toujours virulents. Ainsi, ce serait seulement dans ces cas que le diagnostic pourrait être douteux et qu'on hésiterait sur l'indication d'un traitement mercuriel général. En retranchant encore de ces cas ceux dans lesquels un autre symptôme vénérien indiquerait positivement l'emploi des mercuriaux, il n'en restera qu'un petit nombre pour lesquels l'inoculation sera nécessaire pour lever tous les doutes.

Il se pourrait aussi qu'un bubon virulent restât induré pendant un temps très-long, pour ne suppurer que plus tard. Dans ces cas, faut-il attendre que la suppuration se manifeste pour établir l'indication des mercuriaux? Ce fait peut se présenter; toutefois nous le croyons très-rare. Il faudrait alors rechercher attentivement le symptôme primitif, s'assurer de sa marche et de sa durée, pour établir la possibilité de l'absorption du virus. Le mode de développement du bubon peut aussi éclairer cette recherche; si le bubon s'est développé dès les premiers jours de l'existence du chancre, il est peu probable qu'il soit virulent. On pourrait encore, en excitant dans la partie un travail plus actif, hâter soit la résolution, soit la suppuration du bubon, et rendre par là la question plus facile à résoudre. Nous pensons dans tous les cas, que l'on ne peut agir ici sans indication positive, et que dans le doute il convient de s'abstenir.

Il ne nous reste que peu de chose à dire des autres symptômes vénériens primitifs, sous le rapport de l'indication du traitement général. La balanite dont nous n'avons pas parlé jusqu'ici, est une inflammation simple de la muqueuse qui recouvre le gland; mais elle laisse quelquefois à sa suite, lorsqu'elle a été négligée,

(1) Un fait bien constaté et qui donne une grande force à cette assertion, c'est qu'on obtient bien plus souvent la résolution des bubons d'emblée que des autres bubons.

de petites éminences de la grosseur d'une tête d'épingle, que l'on a nommées *poireaux*. Nous avons constaté ce fait dans plusieurs circonstances, et dernièrement encore chez un jeune homme de dix-sept ans, qui n'avait jamais été atteint d'aucune autre affection vénérienne que d'une balanite dont il n'avait pas eu tous les soins possibles et qui, par cela seul, avait duré assez longtemps. Aucun membre de sa famille ne présente de signe de syphilis constitutionnelle. Ces poireaux ont disparu sans aucun traitement. C'est un fait assez essentiel à signaler sous le point de vue qui nous occupe, pour ne pas employer inutilement dans ces cas un traitement mercuriel général.

Des écoulements blennorrhagiques peuvent avoir lieu sur d'autres surfaces que sur celle de l'urètre, comme à l'anus, au nez, etc. Ils ne réclament jamais de traitement mercuriel général. Il en est de même de l'ophthalmie blennorrhagique, de l'orchite aiguë ou chronique, du phimosis et du paraphimosis. Ils ne dépendent nullement du virus vénérien.

Syphilis constitutionnelle. Nous arrivons aux formes constitutionnelles de la maladie. Ce n'est plus dans la vue de prévenir des accidents incertains que l'on emploie les mercuriaux, ces accidents existent, il faut les combattre. Sans prétendre que l'on ne puisse jamais les guérir sans mercure, sans affirmer que le mercure les guérisse toujours, il n'en reste pas moins vrai que c'est l'agent curatif le plus puissant et le plus fidèle. Il échoue quelquefois, sans que l'on puisse toujours reconnaître les nuances insaisissables qui en indiquent ou en contre-indiquent plus spécialement l'emploi. Nous pensons que dans ces cas il faut agir avec le mercure comme avec d'autres médicaments, le continuer s'il fait bien, le supprimer s'il fait mal. Quelques praticiens voyant quelquefois les maux vénériens s'aggraver pendant l'emploi du mercure, concluent de là, non que le médicament est nuisible, mais que le virus n'est pas suffisamment combattu par la quantité de mercure employée, et ils en augmentent la dose. Tandis que s'ils abandonnaient ce médicament pour recourirà d'autres, ils verraient, le plus souvent, l'affection céder en peu de temps, ou du moins ne plus faire de progrès aussi rapides. Certaines constitutions sont rebelles au mercure, et

dans ces cas, cet agent ne fait qu'aggraver le mal et le rendre moins curable.

Quelques praticiens rapportent toutes les affections douteuses à la vérole; par exemple, avez-vous des ulcères rebelles à la peau, une exostose, une carie, une otite purulente, etc., vous avez la vérole (1). Dans les villes, peu d'hommes, arrivés à un certain âge, n'ont pas à se repentir de quelque petit péché de jeunesse. Et n'eussiez-vous jamais rien eu, n'eussiez-vous jamais touché une femme, n'a-t-on pas toujours l'hérédité à invoquer ? Si ce n'est toi, c'est donc ton père, dit le loup de Lafontaine, c'est donc quelqu'un des tiens. C'est là, selon nous, une manière un peu trop cavalière de poser un diagnostic. Consultez les médecins de campagne, qui ont exercé la médecine pendant longtemps dans des villages, où l'on n'a jamais connu la vérole, ils vous diront avoir souvent rencontré de ces affections ressemblant beaucoup à la syphilis constitutionnelle; mais que l'on ne pouvait pas raisonnablement rapporter à cette cause. Qu'on les guérisse parfois par le mercure, d'accord; mais ce n'est pas toujours pour cela la vérole. Cette pensée que l'on pourrait laisser à ses enfants ce funeste héritage, peut détourner bien des gens du mariage. Elle peut troubler le repos des familles et empoisonner l'existence des époux qui ont quelque faute à se reprocher. Aussi le médecin doit-il être très-prudent en pareil cas, et ne pas porter trop légèrement un tel diagnostic.

Il nous resterait pour compléter le travail que nous avons entrepris, à étudier les caractères propres à faire reconnaître les affections constitutionnelles vénériennes de celles qui ne le sont pas. C'est un sujet que nous n'abordons qu'après beaucoup d'hésitations; on y rencontre à chaque instant des sources d'erreurs qu'il est difficile d'éviter ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir; ce que les uns rapportent au virus, d'autres l'attri-

(1) Mercurialis n'hésitait pas à prononcer que toutes les fois qu'une maladie résistait aux remèdes ordinaires, il y avait lieu de craindre qu'elle ne fut entretenue ou produite par un vice vénérien.

Forestus se prononçait sur le caractère vénérien sur le seul signe suivant : chaleur brûlante à la paume des mains et à la plante des pieds.

buent au traitement ou à une toute autre cause, et l'on ne sait souvent lequel croire. On ne peut, à cet égard, s'en rapporter qu'à la puissance des faits, et les faits produits par les uns ne sont pas admis par d'autres. Il y aurait, peut-être, un moyen de jeter quelque lumière sur toutes les questions relatives aux maladies vénériennes constitutionnelles, moyen qui servirait également à faire connaître si ces affections sont plus ou moins fréquentes ou plus ou moins graves, suivant que l'on a ou non employé le traitement prophylactique. Dans la pratique civile, on a souvent à traiter des malades atteints d'affections vénériennes primitives ou constitutionnelles, malades que l'on perd de vue, et qui, s'ils éprouvent une rechute ou une nouvelle maladie vont se faire traiter ailleurs, ou se trouvent alors dans une autre ville. Ces observations ne peuvent pas servir pour la science ; mais il est peu de médecins qui n'aient donné leurs soins à des malades atteints d'affections vénériennes, malades dont ils continuent à être le médecin et que ce dernier peut ainsi suivre pendant un grand nombre d'années. Tous les médecins devraient recueillir fidèlement de pareils faits et les adresser à une société de médecine qui chargerait quelques uns de ses membres de les examiner avec le plus grand soin, de les réunir en corps de doctrine et d'en déduire des conséquences propres à établir la relation qui existe entre chacune des formes primitives et des formes secondaires de la syphilis. Les médecins militaires pourraient apporter leur contingent de faits, en les puisant, non parmi les miliciens qui ne restent que peu de temps sous les armes, mais parmi les sous-officiers et les volontaires qui restent un plus grand nombre d'années au service; et, ce sont surtout les médecins militaires qui restent longtemps attachés au même corps, qui pourraient fournir des observations utiles sur ces questions. Il conviendrait surtout en rapportant de pareils faits, de mettre de côté toute idée préconçue et de ne pas regarder d'avance comme certain, ce qui n'est encore que probable : « Il ne faut jamais travailler dans le but de soutenir une » théorie, parce qu'alors l'esprit se prévient et n'aperçoit plus » que les choses par lesquelles sont confirmées les opinions » qu'il s'est faites d'avance. Notre seul but doit être la décou-

verte de la vérité. » (G. Cuvier, *Opinion sur les théories en général.*)

On a attribué à la syphilis des affections apparaissant après des époques si variables, sous des formes si diverses et si dissemblables, qu'il est impossible de ne pas croire que l'on a rapporté à une même cause une foule de maladies de nature différente (1). Séparer tout ce qui appartient à la vérole, de tout ce qui lui est étranger, serait déjà rendre un grand service à la science et à la pratique, et la chose ne nous semble pas impossible, en mettant à contribution l'expérience de chacun pour la faire servir à l'instruction de tous.

En attendant qu'un tel projet puisse se réaliser un jour, nous dirons, d'après ce que l'expérience a paru confirmer, quelles sont les formes les plus caractéristiques de la syphilis constitutionnelle et les cas où le traitement mercuriel réussit le mieux.

Nous avons déjà parlé d'une espèce de *végétation*, les poireaux; on en a distingué plusieurs autres, auxquelles on a donné les noms de *verrues*, *choufleurs*, *framboises*, *crètes de coq*, d'après les formes qu'elles affectent. Les condylômes ne diffèrent des autres végétations, suivant M. Ricord, que parce qu'ils ne

(1) Autrefois on attribuait à la vérole une foule de maladies qui lui ont été reconnues étrangères; le tableau suivant extrait d'un auteur du siècle dernier en donnera un exemple : « Nous les voyons tous les jours (les maladies véné-
» riennes) se présenter sous la forme d'érysipèles, dartres, boutons ou pus-
» tules sur différentes parties du corps, de douleurs de sciatique, nocturnes,
» catarrhales, rhumatiques, de phthisie soit pulmonaire, soit nerveuse, de
» toutes sortes de maux de nerfs, d'ophthalmies rebelles, et différentes au-
» tres maladies des yeux, etc.
» Nous les voyons produire des gonflements et des duretés des glandes, des
» tumeurs et des squirrhes qui résistent aux remèdes ordinaires, des ulcères
» et des plaies, le plus souvent de très-mauvaises qualités; des obstructions
» des viscères qu'on attaque inutilement par les apéritifs, des tremblements
» de membre, différents vices de l'estomac dont on méconnaît le principe, une
» irrégularité souvent funeste dans le cours des règles, des toux sèches ou hu-
» mides, habituellement, ou revenant par intervalles, quelquefois convulsifs,
» qu'on confond souvent avec des toux catarrhales, différentes maladies,
» toujours fâcheuses, et le plus souvent funestes, comme l'asthme, la cachexie,
» l'hydropisie, la dysurie, et autres affections de la vessie, la paralysie, l'é-
» pilepsie, l'apoplexie, etc. »

(Carrière, *Recherches sur les maladies vénériennes chroniques sans signes évidents*; Paris 1788.)

sont qu'une hypertrophie des tissus, sans addition épigénique. Les végétations ne semblent pas liées nécessairement à la présence du vice syphilitique, puisqu'on les voit, parfois, naître dans des circonstances et sous l'influence de causes qui lui sont entièrement étrangères (1). M. Ricord ne pense pas que le traitement général soit indiqué dans ces cas, et que le plus ordinairement trois ou quatre jours de moyens locaux suffisent pour les faire disparaître. Nous avons vu de ces cas dans lesquels le mal local s'enlevait facilement; mais il se reproduisait en très-peu de temps et ce n'était qu'après avoir fait subir au malade un traitement antisyphilitique général, que l'on était à l'abri des récidives.

Lorsque ces végétations existent sans symptômes concomittants, qui réclament le traitement général, nous pensons qu'il est indiqué de guérir d'abord le mal local et d'attendre, pour recourir aux mercuriaux, que le mal répullule, auquel cas, le traitement mercuriel nous semble indiqué.

Son indication nous paraît plus formelle et plus urgente chez les personnes mariées que chez celles qui ne le sont pas, dans la vue de mettre les enfants à l'abri de la syphilis héréditaire et surtout chez les femmes ; car la transmission en est bien mieux prouvée de la mère aux enfants, que du père à ces derniers.

Les condilômes sont regardés par tous les auteurs comme un signe de syphilis constitutionnelle, et ils en réclament le traitement général.

Indépendamment des végétations, la syphilis constitutionnelle se déclare sur les téguments sous les formes les plus diverses. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'on les distingue parfois très-difficilement des affections de la peau non virulentes.

En général, elles ne sont pas précédées de fièvres, ni accompagnées de démangeaison. Il ne paraît y avoir, sous ce rapport, que peu d'exceptions. Un des signes sur lesquels on a le plus insisté est la couleur des *syphilides*. Elles ont le plus souvent une teinte cuivrée, sombre, violacée, livide; mais cette couleur

(1) S. Cooper croit avec Abernethy qu'il est très-douteux qu'il existe des excroissances vénériennes.

n'existe pas à toutes les époques. Au début, elles sont rosées; ce n'est que par la suite que la teinte devient foncée, et il en est qui ne la prennent jamais. Rarement les syphilides se montrent sur une partie isolée. L'influence du traitement peut venir en aide et avoir quelque valeur, lorsque les autres signes viennent s'y joindre; mais il ne faut pas oublier que des affections étrangères à la syphilis peuvent guérir par un traitement mercuriel ou malgré ce traitement. On ne doit pas négliger surtout la recherche des symptômes vénériens primitifs; leur qualité, leur marche et leur durée peuvent donner quelque certitude au diagnostic.

Parmi les formes des affections de la peau, les unes se rapportent plutôt à la syphilis que les autres.

Les exanthèmes, tels que bulles, vésicules, etc., sont peu caractéristiques; cependant ils sont quelquefois le prélude d'une autre forme; c'est ainsi qu'on les voit donner lieu à des ulcères vénériens constitutionnels.

L'ecthyma est une des formes les plus fréquentes de la maladie vénérienne constitutionnelle.

L'impétigo du cuir chevelu est une des formes les plus caractéristiques, surtout quand il a une grande tendance à s'accroître.

L'acné est aussi fréquemment syphilitique.

Les papulles ne sont pas caractéristiques; mais les squames le sont davantage. Les squames constituent une des formes les plus précoces de la syphilis secondaire; elles sont confluentes sur la face interne des membres, sur le ventre et la poitrine.

Les pustules muqueuses et les tubercules plats doivent être rapportés à la syphilis constitutionnelle et réclament un traitement mercuriel général.

L'alopécie tient ordinairement au pythiriasis rongeant; elle est plus commune lorsqu'on n'a pas employé le mercure que lorsqu'on y a eu recours.

Les taches syphilitiques ne présentent pas de caractère spécial autre que ceux que nous avons déjà signalés.

Les formes de la maladie vénérienne de la peau que nous venons de passer en revue sont souvent le point de départ des

ulcères syphilitiques constitutionnels, qui ne se développent jamais d'emblée. Ces ulcères constitutionnels peuvent aussi dépendre d'une affection plus profonde, d'une altération des os par exemple. A part les symptômes des formes qui les précèdent; les ulcères vénériens constitutionnels se développent presque toujours sans douleur et sans fièvre, et ils ont ordinairement une marche chronique; mais ce caractère n'est pas constant.

On leur reconnaît en général une forme arrondie, un fond creux, profond, souvent des bords taillés à pic, entourés d'un cercle rougeâtre ou livide ne dépassant guère deux à trois lignes. Assez souvent ils sont entourés d'un bord induré. Ces caractères présentent quelques légères modifications suivant les endroits que ces ulcères occupent.

Ils peuvent siéger sur toute la surface cutanée; mais on les observe surtout aux aîles du nez, aux commissures des lèvres, aux paupières, au voisinage de l'anus et aux organes génitaux, au pourtour des ongles (onglade, onyxis). On les rencontre assez fréquemment sur les muqueuses, à l'entrée buccale, sur la langue, à l'isthme du gosier, sur les amygdales, la luette, surtout sur les piliers du voile du palais. On les observe également dans les fosses nasales.

Les ulcères consécutifs aux organes génitaux pourraient être confondus avec les ulcères vénériens primitifs; lorsque ces derniers se transforment *in sitû* en ulcères consécutifs, le moment de la transformation est insaisissable; l'inoculation pourrait lever tous les doutes; mais comme nous ne pensons pas que de cette connaissance exacte il résulterait d'avantage notable pour le traitement, nous ne conseillons pas d'y avoir recours.

Les ulcères vénériens constitutionnels pourraient être confondus avec les ulcères cancéreux. Indépendamment de l'induration des bords que l'on ne trouve pas dans ces derniers, la démarcation est rarement aussi tranchée et aussi précise dans les ulcères cancéreux, et l'auréole inflammatoire s'étend beaucoup plus loin dans ces derniers que dans les ulcères vénériens.

Les ulcères constituent une des formes les plus caractéristiques de la syphilis constitutionnelle et indiquent l'emploi des mercuriaux; nous ferons cependant une réflexion sur le moment

où il convient de les employer. Il est d'observation que dans les affections vénériennes récentes ou anciennes, le traitement mercuriel tend à donner des cicatrices creuses, tandis que le traitement sans mercure tend à donner des cicatrices élevées et à produire des végétations. Dans ce dernier cas, l'emploi du mercure viendra en aide au traitement local ; mais quant aux ulcères qui n'ont aucune tendance à bourgeonner, il en rendrait la cicatrisation plus difficile ou plus vicieuse. Aussi croyons-nous devoir traiter d'abord localement ces ulcères, au moyen de modificateurs puissants; et ce n'est que lorsque la guérison en est à peu près obtenue, que nous employons le traitement général, dans la vue de mettre le malade à l'abri des récidives de la maladie. Il est vrai que l'on n'obtient pas toujours la disparition du mal par des moyens locaux ; dans les cas où aucune amélioration ne se manifeste au bout de quelques jours, nous recourons au traitement général; mais ces ulcères se montrent alors assez souvent rebelles au mercure, et c'est là la forme des affections vénériennes qui y résiste le plus souvent. Nous avons vu de ces ulcères qui, traités longtemps par les mercuriaux, ne se guérissaient pas; dans d'autres circonstances, la cicatrice à peine formée ne tardait pas à s'ouvrir, ou il se formait une nouvelle ulcération à côté, et ce n'était qu'en suspendant l'usage du mercure ou en recourant à d'autres modificateurs que l'on parvenait à en obtenir la cure radicale.

L'affection syphilitique constitutionnelle peut aussi se traduire sous la forme de bubons; mais ils n'ont rien de caractéristique, si ce n'est leur liaison constante avec d'autres symptômes constitutionnels le plus ordinairement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à ces glandes. Le bubon primitif virulent peut aussi, de même que le chancre, se transformer sur place en symptôme vénérien secondaire. On a quelquefois rapporté au virus vénérien des altérations d'épaisseur du canal de l'urètre. Il est souvent difficile d'en reconnaître la nature syphilitique; toutefois, M. Ricord a fait remarquer avec raison que, plus ces indurations sont loin du méat urinaire, c'est-à-dire du point où le virus a été appliqué, moins il y a de probabilité qu'elles soient vénériennes.

La syphilis constitutionnelle se traduit encore sous la forme de tubercules du tissu cellulaire. Ce sont de petites tumeurs adhérentes au derme, sans changement de couleur à la peau; ces tumeurs sont multiples, elles ont un accroissement très-lent et finissent, presque toujours, par suppurer. Leur diagnostic est très-obscur, et l'emploi des mercuriaux dans ces cas est rarement suivi d'effets avantageux pour ces symptômes. On les observe même plus souvent chez les malades qui ont pris beaucoup de mercure, que chez ceux qui n'en ont pas fait usage, et le mercure les aggrave plus souvent qu'il ne les guérit. De sorte que ce médicament ne devrait pas être employé chez les sujets qui ont déjà fait un traitement général par cet agent, à moins cependant que ce traitement ne fût indiqué par un autre symptôme constitutionnel concomittant.

Dans la syphilis constitutionnelle, les os sont souvent affectés; les os superficiels, tels que la table externe des os du crâne, la clavicule, l'omoplate, le sternum, les os de l'avant-bras, l'humérus et surtout le tibia, sont le siége le plus ordinaire de ces affections. Elles débutent par des douleurs que l'on a nommées *ostéocopes*, revenant la nuit, tantôt fixes en un seul point, d'autres fois changeant de siége; elles n'augmentent pas en général par la pression, et se terminent quelquefois d'elles-mêmes ou par un traitement; d'autres fois elles sont suivies d'exostoses, de périostoses, quelquefois de carie et de nécrose. Ces affections ont été considérées, par les uns, comme dépendant toujours d'un vice vénérien; pour d'autres, elles sont la conséquence de l'emploi du mercure; quelques-uns y voient un mélange de mal vénérien et de mercure. Elles se guérissent, assez souvent, par suite de l'emploi des mercuriaux; mais, d'autres fois, elles s'aggravent lorsqu'on y a recours. Il est donc difficile de se prononcer sur l'utilité des mercuriaux dans ces cas; on doit souvent agir en tâtonnant; cependant il faut avant tout consulter les accidents primitifs et s'informer si le malade a déjà subi un traitement mercuriel, et de quelle manière il a été administré. On pourra assez souvent retirer de là des renseignements utiles, capables de dicter la conduite que l'on aura à tenir. Toutefois, le mercure paraît plutôt agir sur les extrémités des os longs, tandis

que le mal vénérien porte surtout ses ravages sur le corps de ces mêmes os.

Après avoir passé en revue les formes les plus fréquentes de la syphilis constitutionnelle, il en est deux autres, plus rares, que nous devons mentionner ici ; ce sont le testicule vénérien et l'iritis syphilitique.

Le testicule vénérien pourrait surtout être confondu avec l'orchite blennorrhagique. Les signes suivants ont été donnés pour distinguer ces deux affections : l'orchite blennorrhagique commence par l'épididyme, tandis que dans le testicule vénérien, l'engorgement commence, presque toujours, par le corps de la glande; l'orchite reste, presque constamment, bornée à un seul testicule, et lorsque l'autre s'entreprend, le premier se dégorge; tandis que, lorsque la maladie est due au virus vénérien, les deux glandes séminales peuvent s'entreprendre à la fois, et le développement de l'une n'amène pas la diminution de l'autre. Dans le testicule vénérien, la douleur peu intense pendant le jour, s'exaspère pendant la nuit, ce qui n'a pas lieu dans l'orchite blennorrhagique. Ajoutez à cela, que l'une de ces affections, l'orchite, a presque toujours une marche aiguë, tandis que l'autre affecte presque toujours une marche chronique. Ce qui peut surtout assurer le diagnostic, ce sont les autres symptômes vénériens antécédants, concomittants ou subséquents. C'est ainsi que le testicule vénérien reconnaît, presque toujours, pour antécédent, un chancre induré, qu'il coexiste, très-fréquemment, avec un autre symptôme vénérien et surtout avec les affections des os et de la peau, et enfin que, s'il n'est pas convenablement traité, il est suivi d'accidents vénériens plus graves.

Le testicule vénérien exige toujours un traitement mercuriel général, sans lequel il ne guérit même pas.

Les signes propres à faire distinguer l'iritis syphilitique des autres espèces d'iritis, sont encore un sujet de contestation entre les auteurs; les douleurs nocturnes caractéristiques des affections vénériennes constitutionnelles ne se rencontrent pas toujours dans l'iritis syphilitique. On a donné comme caractères de cette affection le cercle rouge des vaisseaux de la sclérotique, la formation de condylômes sur l'iris; un signe que M. Sichel

regarde comme pathognomonique, c'est la déformation de la pupille, qui prend la forme d'un 8 tiré en haut et en dedans; mais M. Carron du Villards fait observer, à cet égard, que l'on ne peut reconnaître la nature de l'affection d'après les déformations de la pupille, attendu que, lorsque les deux yeux sont atteints d'iritis chez un même sujet, les deux pupilles contractent souvent des déformations différentes. On voit combien sont obscurs les signes que l'on a donnés comme caractéristiques de la nature vénérienne de l'iritis. Ainsi que pour toutes les autres formes de la vérole constitutionnelle, il faudra consulter les autres symptômes vénériens, antécédants ou concomittants, pour établir la nature de l'iritis syphilitique qui réclame toujours un traitement mercuriel général.

Je ne parlerai pas ici de l'ozène vénérien qui se rapporte aux affections des os et des muqueuses dont il a déjà été question.

Dans quelques pays des maladies particulières dépendant de l'affection vénérienne ont apparu; au Canada elle a une forme spéciale, caractérisée surtout par des pustules rongeantes aux lèvres, sur la langue, dans l'intérieur de la bouche, et plus tard, sur les autres parties du corps. En Écosse, on connaît sous le nom de *siwin* ou *sibbens*, une maladie ressemblant assez à celle du Canada, se présentant, surtout, sous la forme d'ulcères dans l'intérieur de la bouche et d'excroissances fongueuses sur d'autres parties. Dans quelques parties de l'Afrique et de l'Amérique, on rapporte également à la syphilis une maladie connue sous les noms de *yaws*, *epian* ou *pian*, dont le symptôme caractéristique consiste dans une éruption verruqueuse au visage ressemblant assez à une framboise. L'éléphantiasis ou lèpre noire, qu'il ne faut pas confondre avec une autre maladie qui donne aux jambes une tuméfaction monstrueuse et les fait ressembler aux pattes d'un éléphant, ni avec la lèpre blanche des auteurs grecs, a été connue des juifs et règne encore en Égypte et en Arabie. Dans cette affection, la peau se charge de tubercules, les doigts et les orteils se couvrent d'ulcères rongeants et finissent même par tomber. Cette maladie ne se rapporte pas toujours à la vérole invétérée, et reconnaît aussi d'autres causes.

Ces différentes affections, loin de céder aux mercuriaux, s'aggravent par leur emploi.

Nous avons passé en revue les symptômes les plus fréquents de la syphilis constitutionnelle; mais on en a encore admis une foule d'autres, que l'on a appelés anormaux.

Quelques auteurs ont décrit des affections syphilitiques masquées, dégénérées et compliquées. Les maladies vénériennes masquées sont celles qui ne produisent aucun signe de leur existence, ou qui donnent naissance à des symptômes qui ne présentent aucun caractère vénérien. Les maladies vénériennes dégénérées sont celles qui sont produites ou entretenues par un vice vénérien, ayant perdu sa virulence. Les maladies vénériennes compliquées sont celles qui dépendent à la fois de la syphilis et d'une autre affection, telle que les scrophules, le cancer, etc. Les auteurs qui ont écrit sur ces maladies, tels que Bern. Tomitanus, Thomas Jordanus, Forestus, Nicolas Massa, Sanchès, etc., les reconnaissaient aux symptômes suivants : lassitudes, abattement, pesanteur dans les membres, disposition à la mélancolie et aux affections tristes, inquiétudes, apathie, inertie pour le travail et l'exercice, tendance au sommeil, cercle bleuâtre autour des yeux, pâleur du visage, tuméfaction molle des gencives, chaleur brûlante de la paume des mains et de la plante des pieds.

Nous ne discuterons pas ici toutes les questions qui pourraient se rapporter à ces différentes propositions, parce que les auteurs qui les ont émises sont assez généralement d'accord que le mercure, loin de guérir ces maladies, les aggrave presque constamment. Ce n'est donc jamais par ce moyen qu'il faut débuter dans ces affections. « On sait, d'ailleurs, que plus les » maladies vénériennes sont anciennes, plus elles résistent au » pouvoir spécifique du mercure. » (Swediaur.)

Après avoir étudié les indications du traitement mercuriel général, il nous resterait à indiquer de quelle manière nous pensons qu'il doit être administré; c'est un travail dont nous nous proposons de nous occuper bientôt, et que nous soumettrons, comme celui-ci, à votre jugement.

Anvers, 10 mai 1840.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

La difficulté de l'étude des maladies vénériennes mérite d'être signalée ; comme toutes les autres maladies spécifiques, elles nous conduisent de conjecture en conjecture, sans nous permettre la formation d'un corps de doctrine réellement satisfaisant. Aussi la science et l'humanité sont-elles redevables aux hommes laborieux qui s'adonnent à cette spécialité, et sous ce rapport l'auteur du travail que nous devons examiner, mérite, sans doute, une part.

Après avoir reconnu l'efficacité du mercure dans la syphilis constitutionnelle, M. Henrotay paraît vouloir révoquer en doute que le mercure puisse prévenir cette syphilis constitutionnelle. Toutefois, il admet, avec raison, l'emploi du mercure comme moyen prophylactique, mais il pense qu'on doit en restreindre l'usage, c'est là le but de son travail. L'administration sans à-propos de tout médicament devient inutile, nuisible, dangereuse même quelquefois. Mais alors qu'il s'agit d'une maladie aussi grave que la syphilis par les conséquences qu'elle peut avoir, nous pensons que ce n'est que sur les plus grandes preuves d'inutilité qu'on puisse s'abstenir d'administrer un médicament spécifique. Or ces preuves existent rarement et celles que l'auteur invoque ne sont nullement irrécusables.

L'auteur nous paraît être dans l'erreur, lorsqu'il suppose que, dans aucune autre maladie, on n'emploie les mêmes préparations mercurielles et en aussi grande quantité, que dans la syphilis. Que l'administration du mercure ne soit pas continuée dans les autres maladies comme dans la syphilis, cela est un fait irrécusable ; mais en revanche aussi, dans les autres maladies, on administre une quantité de mercure bien plus considérable dans un espace de temps beaucoup moins long, de manière que, somme toute, on emploie aujourd'hui contre le rhumatisme articulaire, l'érysipèle, la péritonite puerpérale, etc., des doses de mercure bien plus considérables que dans la maladie vénérienne. Or comme l'action du mercure est encore un problème, nous pensons qu'il est impossible de dire, si c'est la quantité de molécules mercurielles introduites dans l'économie qui détermine les accidents, ou bien s'ils peuvent être attribués à la durée du traitement mercuriel, dans la supposition même que la quantité de mercure fût moindre. Il est vrai que les préparations de mercure qui s'emploient aujourd'hui

(1) MM. Matthyssens et F. L. Vancamp, *commissaires*, J. Jacques *rapporteur*.

contre la syphilis sont rarement mises en usage dans les autres maladies. Mais les époques où les frictions mercurielles étaient presque exclusivement employées pour la cure générale de la syphilis, ne sont pas si éloignées, et les prétendus accidents du mercure ne doivent pas avoir été moins fréquents, parce que les anciens médecins les ont le plus redoutés. L'auteur invoque, ensuite, la tolérance qu'on observe pour certains médicaments dans les maladies graves et aiguës, pour s'expliquer la rareté des accidents, autres que la salivation, qui suivent l'emploi du mercure dans les maladies aiguës non syphilitiques. Il était, en effet, forcé d'établir cette exception pour la salivation, car, bien souvent, l'apparition de cet accident est l'indice certain du succès du traitement mercuriel dans les maladies inflammatoires, et surtout dans la péritonite puerpérale. Maintenant que cette prétendue tolérance n'existe pas pour la salivation, peut-on en admettre l'existence pour les autres accidents? D'ailleurs quels sont ces accidents, est-il bien prouvé qu'ils dépendent du mercure? Nous déclarons tout notre doute à cet égard et nous pensons, qu'à part l'erythème mercuriel de S. Cooper qu'on observe ordinairement à la suite de l'usage du sublimé, et le tremblement mercuriel, tous les autres accidents comme le dépérissement, par exemple, sont occasionnés par les contre-indications qui existent souvent pour l'usage du mercure. C'est ainsi que l'usage continué du mercure chez la femme grosse a quelquefois déterminé l'avortement, et que l'état de grossesse peut devenir une contre-indication à son emploi, précisément comme l'existence d'une hernie, d'un anévrysme, peut contre-indiquer l'administration d'un vomitif.

L'auteur dit, avec raison, que de très-faibles doses de mercure produisent quelquefois la salivation, l'exemple de la jeune fille scrofuleuse, le cas d'observation sur sa propre personne, ainsi qu'une foule d'autres observations prouvent assez que les dispositions individuelles, le genre de maladie, le mode de préparation et d'administration du mercure, influent beaucoup sur les effets de cet agent. Quant au tremblement et autres effets du mercure, leur production est soumise aux mêmes particularités, et leurs suites fâcheuses peuvent toujours être prévenues quand on suit avec sagacité, les périodes et les effets de l'administration du mercure. Nous sommes donc de l'opinion de M. Ricord, que ces accidents ne sont ni aussi fréquents ni aussi graves, qu'on le pense généralement, surtout lorsqu'on choisit une préparation mercurielle convenable (1). L'observation sur laquelle se base

(1) Voir le mémoire sur les ulcérations syphilitiques de la gorge et de leur traitement, par J. Jacques, *Mémoire de la Société de médecine d'Anvers*, *année* 1837 et 1838.

M. Ricord nous paraît assez juste ; car, l'administration de quelques grains de calomel continué pendant 10 à 12 jours sera, dans la majorité des cas, suivie de salivation : chose qui ne doit pas étonner, parce que cette administration introduit au bout de ce peu de temps, une très-grande quantité de molécules mercurielles dans l'économie. Un grand nombre d'observations prouvent d'ailleurs que le calomel est l'agent mercuriel qui détermine le plus facilement ces effets.

M. Henrotay examine successivement tous les symptômes syphilitiques primitifs, pour voir dans quelles circonstances ils peuvent donner lieu à l'infection générale. Cette partie de son travail est importante, elle mérite toute votre attention.

Il pense, avec M. Ricord, que la blennorrhagie n'est virulente que lorsqu'il existe un chancre dans le canal de l'urètre et signale avec raison la rareté de cette dernière affection : en effet, outre l'autorité de Swediaur et autres, on peut appuyer cette opinion sur la longue expérience de Lagneau. L'auteur fait ensuite connaître tout le vague des signes généraux pour distinguer l'écoulement virulent de celui qui ne l'est pas. Il s'arrête à l'inoculation comme seul moyen de diagnostic certain pour la blennorrhagie virulente. Il est prouvé que, lorsqu'au moyen de l'inoculation on est parvenu à produire la pustule se convertissant en chancre, on a affaire à une blennorrhagie virulente. Mais il ne sera pas prouvé que la blennorrhagie est simple lorsque l'inoculation du mucus blennorrhagique ne sera pas suivie de cette pustule. L'auteur signale lui-même le chancre larvé, à sa période de réparation, qui ne s'inocule plus comme, en général, les autres symptômes virulents, qui ne s'inoculent que pendant leur période de progrès. Du reste plusieurs observations et surtout les deux cas relatés par l'auteur, dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, prouvent suffisamment les inconvénients qui peuvent résulter de l'inoculation de la matière syphilitique. D'après tout ce qui précède, nous pouvons conclure avec M. Henrotay, que l'inoculation est le moyen le plus sûr de diagnostic, parce que la science n'en donne pas d'autres ; mais qu'il ne fournit de certitude que dans le cas de réussite ; que les conditions nécessaires à cette réussite existent rarement, et que l'insuccès de l'inoculation ne prouve point la non-existence d'une blennorrhagie syphilitique. Ajoutons à cela que l'emploi de l'inoculation est tellement dangereux que plusieurs praticiens y ont depuis longtemps renoncés, et nous serons en droit de demander à la science, ce que l'humanité a gagné par la découverte de l'inoculation comme moyen de diagnostic pour les maladies vénériennes ?

M. Henrotay pense qu'on doit s'abstenir de l'usage du mercure dans la blennorrhagie. Dans la majorité des cas cette assertion est juste, mais, comme règle générale, cette pratique nous paraît être vicieuse. En effet, s'il est vrai que la blennorrhagie virulente est rare, il n'est

pas prouvé qu'elle puisse se guérir localement et sans être toujours suivie de la syphilis constitutionnelle. Que les mercuriaux n'empêchent pas toujours l'infection générale, cela n'est qu'une exception à la règle, elle dépend de tant de circonstances inappréciables, qu'elle ne saurait détruire la valeur thérapeutique du mercure. Les dangers de ce médicament ne sont rien en rapport avec les accidents de la syphilis constitutionnelle et l'exemple que rapporte l'auteur ne constate pas suffisamment le danger ou l'insuccès du mercure, parce qu'on sait que les assertions des malades sont souvent trompeuses et que l'économie reste quelquefois réfractaire à certaines préparations du mercure, tandis que d'autres triomphent promptement de la maladie. Il nous paraît donc impossible d'établir à ce sujet une règle générale surtout pour la blennorrhagie. Aussi croyons-nous, qu'après l'insuccès bien constaté des autres remèdes, on peut tenter un traitement mercuriel, comme le préconise également M. Lagneau.

Le travail de M. Henrotay indique, ensuite, avec exactitude tous les phénomènes et périodes du chancre produit de l'inoculation. Mais ce chancre diffère évidemment de celui qui est le résultat d'un coït impur ; et dans bien des cas j'ai vu le lendemain du coït plusieurs chancres ulcérés sur le prépuce du malade. Dans ces cas, bien loin de se développer par périodes et jusqu'au cinquième jour, le chancre était parfaitement ulcéré le lendemain du coït. La cautérisation, que l'auteur préconise, ne peut pas toujours prévenir l'infection générale, et si ce moyen est bon dans beaucoup de cas, il ne saurait l'être toujours. D'ailleurs il est bien rare que le malade consulte le médecin en temps opportun pour que cette cautérisation puisse être efficace. Aussi est-il prudent d'employer un traitement prophylactique toutes le sfois qu'un malade présente un chancre réellement vénérien.

Les bubons sont également distingués par l'auteur en virulents et non-virulents, nous partageons, en général, sa manière de voir sur cette matière. Toutefois, nous n'admettons pas sa conclusion dans laquelle il dit, que dans tous les cas l'on ne peut agir sans indications positives et que dans le doute il convient de s'abstenir de donner le mercure. Les indications dans ces cas ne sont presque jamais positives, et nous pensons qu'au lieu de s'abstenir dans le doute, il faut au contraire administrer le traitement général pour prévenir les conséquences de l'infection et de la syphilis constitutionnelle. Nous basons cette opinion sur l'observation et sur le peu d'accidents qui résultent d'un traitement mercuriel méthodiquement administré.

Après avoir sommairement indiqué quelques autres accidents primitifs de syphilis, et avoir prouvé qu'ils ne sont pas toujours de nature virulente, l'auteur entre dans des détails fort intéressants sur la syphilis constitutionnelle. Il soulève avec bonheur le doute sur la nature d'un grand nombre d'accidents qu'on attribue à tort à l'existence

d'une vérole ancienne. Il indique aussi la route à suivre pour découvrir à cet égard des données plus positives. L'auteur passe successivement en revue tous les accidents vénériens qu'on peut regarder comme dépendants de l'infection constitutionnelle et il les distingue judicieusement de ceux qui ne paraissent pas dépendre de cette infection ; sur ce sujet nous partageons, en général, ses opinions et nous sommes contents de la sagesse avec laquelle il préconise dans ces circonstances l'emploi du mercure.

En résumé, le mémoire de M. Henrotay est bien écrit, il sera consulté avec plaisir par les praticiens, aussi votre commission propose-t-elle d'engager l'auteur à continuer ses études sur un sujets si important, et à insérer son travail dans les Annales de la Société.

Anvers, le 5 juin 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES (1).

DE QUELQUES FÉBRIFUGES, ET PARTICULIÈREMENT DU SULFATE DE QUININE ET DES SOINS QU'EXIGE SON EMPLOI ;

Par le docteur GOUZÉE,

Médecin principal attaché à l'hôpital militaire d'Anvers, etc.; membre honoraire.

Il est digne d'attention, ainsi que l'a remarqué un philosophe, que le suprême dispensateur des choses ait rendu la fièvre intermittente si commune en nos climats et ait mis le remède en Amérique. Nous ne nous plaindrons pas de ce fait, singulier à nos yeux, car nous avons pleine confiance dans les vues souvent aussi impénétrables que sages de la Providence; mais nous ne pouvons nous empêcher de songer que si nous n'avons pas à côté de nous un fébrifuge aussi efficace que l'écorce du Pérou, c'est que nous n'avons pas encore été assez heureux pour le trouver.

L'idée qu'il existe une substance indigène capable de rivaliser avec le quinquina, a constamment exercé le zèle des médecins, et de nombreuses recherches ont été faites dans le but de la découvrir. Il faudrait un volume pour tracer l'histoire de tous les moyens vantés tour à tour contre une maladie où tout est mystère, ses causes, sa nature, son étonnante périodicité, et par un travers très-commun à l'esprit humain, et surtout à l'esprit des médecins, presque toujours leurs auteurs n'ont pas manqué de placer tout d'abord leur découverte à l'égal et même au-dessus de la précieuse écorce que nous fournit le nouveau monde, jugement que le temps et l'expérience sont venus, chaque fois, bien malheureusement réformer.

Souvent, cependant, ces illusions si tôt détruites, provenaient

(1) Nous avons inséré, par erreur, parmi les mémoires de la Société de médecine d'Anvers, publiés dans le numéro précédent, celui de M. Putégnat, *Sur le traitement des artères radiales et cubitales.* Ce mémoire appartient à la Société médico-chirurgicale de Bruges.

moins de l'enthousiasme qu'inspire à certains esprits tout ce qui est nouveau, que de l'extrême difficulté des expériences. Il y a des localités, des années, ou des époques dans l'année, où les fièvres intermittentes ont la plus grande tendance à se guérir, même spontanément; il y a dans le cours de la maladie, un temps où l'accès cède facilement au moyen le plus simple; il existe enfin des circonstances étrangères à l'emploi du fébrifuge, qui quelquefois suffisent seules pour mettre un terme aux accès. Nous avons vu, assez souvent, des fiévreux qui attendaient un accès le jour de leur entrée à l'hôpital, se trouver guéris par le seul fait du repos, du régime et du changement de séjour auxquels ils étaient brusquement soumis. On conçoit que si l'on néglige de tenir compte de toutes ces circonstances, on court le risque de se tromper grandement dans l'appréciation d'un fébrifuge nouveau.

On sait que Durande, médecin de Dijon, vers la fin du siècle dernier, crut trouver dans la poudre de feuilles de houx, donnée à la dose d'un gros avant l'accès, un fébrifuge plus sûr que le quinquina. De nouvelles expériences faites plus récemment par M. Rousseau, avaient conduit ce médecin à regarder cette plante comme jouissant d'une efficacité du moins égale à celle de cette merveilleuse écorce. Hé bien! voilà que M. Chomel, dont la sagesse et la prudence sont bien connues, est venu détruire le charme en jetant les doutes les mieux fondés sur l'exactitude des données qui avaient servi de base à ces résultats. Voulant expérimenter à son tour les vertus de cette plante, il prit vingt-deux fébricitants, mais il les soumit d'abord à une simple expectation; dix-neuf guérirent spontanément. S'il s'était empressé d'administrer le médicament, comme on le fait souvent en pareil cas, ç'eût été un immense succès à enregistrer, et une immense déception de plus.

Les trois autres malades prirent très-inutilement de fortes doses de feuilles de houx et guérirent ensuite facilement par le sulfate de quinine auquel il fallut revenir.

Parmi les médecins que l'enthousiasme a élevés d'abord le plus haut, et dont la chute a été par conséquent plus forte, nous citerons particulièrement M. Peysson, qui, dans le cahier

de mars 1822, des *Annales de la médecine physiologique*, avait proclamé *les grands résultats de la découverte d'un fébrifuge supérieur au quinquina même,* puis annoncé un peu plus loin, *un autre procédé aussi supérieur au précédent que celui-ci l'est à celui par le quinquina;* ce sont ses propres expressions. Il s'agissait de la potion stibio-opiacée de ce médecin et de frictions faites avec une pommade stibiée. Quoique ce début nous remit en mémoire le *parturiunt montes* d'Horace, notre maître à tous, de style, de goût et de bon sens, nous avons expérimenté avec soin et patience ces remèdes si vantés dans nos contrées marécageuses où les fièvres intermittentes offrent communément une ténacité propre à favoriser ce genre de recherches, et nous n'avons obtenu d'autre résultat, que la réalisation de la prédiction renfermée dans le second hémistiche qui termine le vers du poëte latin que nous venons de citer.

Dans un mémoire fort bien fait, et cette fois du moins sagement écrit, inséré dans la *Revue médicale française,* de 1835, M. Lalesque avait préconisé les vertus fébrifuges du chlorure d'oxide de sodium, déjà entrevues quelque temps auparavant, et qu'il disait n'être pas moins actives que celles de la salicine et du sulfate de quinine. La conviction et la sage réserve de l'auteur nous frappèrent, et pour nous assurer nous-mêmes de l'efficacité de ce médicament, nous nous empressâmes de nous livrer à des expériences, qui ont fait l'objet d'un mémoire publié dans le même journal, ainsi que dans les *Annales de la Société de médecine de Gand,* de l'année 1836, mais nous n'obtînmes pas des résultats aussi heureux que ceux annoncés par M. Lalesque.

Nous avons trouvé que le chlorure d'oxide de sodium a réellement des propriétés fébrifuges qu'on peut utiliser dans quelques cas; qu'il approche quelque peu de la salicine, mais qu'il est loin d'offrir les effets prompts, énergiques et sûrs du sulfate de quinine. C'était au reste une erreur de placer sur la même ligne, ainsi que l'a fait ce médecin, le sulfate de quinine et la salicine qui, comme tant d'autres fébrifuges, ne procure des succès que dans les fièvres intermittentes qui ont une grande propension à céder à tous les moyens.

On ne peut toutefois trop louer les efforts des médecins qui cherchent à nous affranchir d'un lourd tribu payé à l'étranger, et de la nécessité d'obtenir un médicament que des difficultés politiques peuvent rendre très-rare et d'un haut prix, celui qui trouverait une production indigène, à la fois peu coûteuse et aussi puissante que l'écorce péruvienne, ferait une des découvertes les plus utiles à l'humanité.

On sait que la salicine, les fleurs de camomille en poudre très-fine, la petite centaurée, le piperin, les fleurs d'arnica et beaucoup d'autres substances encore, sont mis en usage avec fruit dans certains cas, à défaut de quinquina ou de ses composés, mais qu'il est des circonstances où ils ne peuvent les remplacer.

Nous avons quelquefois employé, et avec succès, les préparations arsenicales, et particulièrement l'arséniate de soude ou de potasse, que Fuchs, au XVII[e] siècle, signalait déjà comme aussi efficace que le quinquina, que Jackson place même au-dessus de cette écorce, et dont le prudent usage n'est suivi d'aucun inconvénient. Nous avons communément prescrit en deux doses, le jour de l'accès, quinze gouttes de solution de Pearson (un trente-deuxième de grain d'arséniate de soude) et l'accès cédait ou s'en trouvait, tout au moins, très-favorablement modifié. Nous n'y avons jamais eu recours dans les fièvres intermittentes graves, et ce médicament mériterait peut-être de devenir l'objet de nouvelles expérimentations dans cette circonstance. Quant à certains autres moyens, tels que l'emploi du charbon, de la toile d'araignée, pris à l'intérieur, de l'ail pilé appliqué au poignet, des lavements d'eau froide, vantés par M. C. Broussais, etc.; que nous n'avons pas expérimentés, nous n'en dirons rien et nous nous garderons surtout d'en parler défavorablement, quelle que soit leur singularité, car nous ne voulons pas tomber dans un travers bien commun encore, celui de nous moquer de ce que nous n'avons pas pris la peine d'examiner.

Parmi les fébrifuges les plus récemment introduits dans la matière médicale, nous devons mentionner particulièrement la substance organique découverte, en 1835, dans l'écorce des

racines de prunier, de poirier, de cerisier, par deux de nos compatriotes, MM. De Koninck et Stas, et à laquelle ils ont donné le nom de phloridzine (1). M. De Koninck assure que les propriétés médicinales de cette substance, prescrite à la dose de douze à quinze grains en une fois, une heure ou trois quarts d'heure avant l'accès, sont identiques à celles du sulfate de quinine. Cette assertion d'un médecin de mérite nous avait donné les plus grandes espérances et nous attendions des expériences plus nombreuses et plus concluantes que celles qui avaient été publiées, lorsque nous trouvâmes dans les *Annales de la Société de médecine de Gand*, de 1837, un mémoire très-intéressant sur ce sujet, par M. Hanegraeff d'Anvers, mais quoique ce médecin eût constamment employé une dose de phloridzine beaucoup plus forte, trente grains en une fois, une heure avant l'accès, nous remarquâmes, et non sans peine, que ses conclusions n'étaient pas tout à fait aussi explicites que celle de M. De Koninck, et nous avons attendu vainement jusqu'à présent, le nouveau travail qu'il avait promis et qui devait servir de complément au premier. Nous regrettons de n'avoir pas eu à notre disposition une quantité suffisante de cette substance, la longueur des expériences et les difficultés à vaincre pour éviter toute déception, ne nous eussent pas rebuté, car il s'agit d'une découverte qui peut servir l'humanité et honorer notre pays. La phloridzine est rare et d'un prix élevé; si son utilité venait à être bien constatée, il faudrait cultiver en grand les arbres qui la fournissent, et attendre nécessairement plusieurs années avant qu'on pût en obtenir à bas prix des quantités assez grandes pour les besoins du commerce.

Si l'on ne trouvait pas dans la nature une substance qui eût des vertus fébrifuges assez puissantes pour remplacer le quin-

(1) Nous espérons qu'on voudra bien, sans nous taxer de pédantisme, nous permettre en passant une remarque philologique sur ce mot phloridzine. Dans tous les mots formés d'une racine grecque qui renferme un ζ, cette lettre se change constamment en un simple z, peut-être en partie pour épargner un son dur à l'oreille, ce qui n'est pas à dédaigner; ainsi on écrit coryza, ozène, zona, zoophyte, et non corydza, odzène, dzona, etc. Il nous semble que l'analogie, l'usage et l'euphonie exigeaint que l'on écrivit aussi phlorizine et non phloridzine

quina dans tous les cas, peut-être qu'en combinant avec art, comme on l'a déjà tenté plusieurs fois, certains principes médicamenteux, on parviendrait à obtenir un composé capable de conduire à ce but si désirable; mais il faudrait chercher à le former de substances indigènes et peu coûteuses, condition indispensable pour en faire une découverte utile.

M. Mathyssens, médecin très-instruit de notre ville, a proposé l'emploi d'une poudre fébrifuge qui contient de la quinine, de la cinchonine et la matière résineuse du quinquina; c'est à peu près le précipité que l'on obtient lorsqu'on traite par la chaux vive, les décoctions acides du quinquina pour fabriquer le sulfate de quinine. Ce composé est d'un prix inférieur aux sels de quinine, mais il est difficile de l'obtenir toujours parfaitement identique, et il a d'ailleurs le tort grave de nécessiter encore l'emploi de l'écorce du Pérou. Des expériences dont il est en ce moment l'objet, nous apprendront sans doute son degré d'utilité comme médicament fébrifuge.

Un fébrifuge indigène d'une grande puissance d'action, d'un usage assez facile et peu coûteux, serait un grand bienfait; mais, et nous avons des motifs de le croire, cet heureux phénix est encore à trouver. Il ne nous reste à nous, inhabiles à de pareilles recherches, qu'à profiter, en attendant, des précieux avantages que nous offre l'écorce du Pérou, et à nous enquérir des moyens d'en tirer tout le fruit possible. Pour ne pas trop étendre ce travail, nous allons énoncer en peu de mots ce qu'une expérience assez longue nous a appris à cet égard.

Depuis la découverte du sulfate de quinine, l'une des plus belles de notre siècle, nous avons entièrement abandonné l'usage du quinquina en substance dans le traitement des fièvres intermittentes. Le sulfate de quinine, le fébrifuge par excellence, remplace cette écorce dans tous les cas et a sur elle de nombreux avantages. Administré convenablement et à propos, ce sel est aussi innocent dans son action sur l'économie, qu'héroïque et sûr dans ses effets thérapeutiques. Nous lui avons quelquefois adjoint l'extrait d'opium, le sulfate de morphine, le laudanum ou le safran, mais seulement dans des cas très-rares, car presque toujours il suffit à lui seul, et ce n'est pas à lui associer des sub-

stances actives qu'il faut s'étudier, mais à préparer et assurer ses effets par un traitement préalable et des soins accessoires qui sont ses meilleurs adjuvants.

Nous avons eu quelquefois recours à l'hydro-ferro-cyanate de quinine; mais nous avouons que nous ignorons en quoi ce sel est préférable au sulfate de quinine ; du moins nous ne connaissons pas d'expériences directes, de faits précis et assez nombreux qui légitiment son emploi dans un cas plutôt que dans un autre. Il en est de même des autres sels assez nombreux de quinine, préconisés surtout par des médecins italiens, et de la quinine brute recommandée par M. Trousseau. Nous ne prétendons pas toutefois que tous ces médicaments ne puissent avoir quelque utilité relative, mais nous pensons que les expériences propres à la mettre en évidence sont encore à faire.

Nous avons observé, depuis longtemps, que contrairement au quinquina en substance, il faudrait donner le sulfate de quinine par doses plutôt croissantes que décroissantes; du moins en l'administrant en doses égales, nous faisons toujours en sorte que la dernière soit prise une ou deux heures avant l'accès que nous voulons combattre.

On sait que la quantité nécessaire de ce sel pour prévenir un accès, doit non-seulement varier suivant les différences individuelles, mais encore être proportionnée à la violence ou au danger que présente la maladie. Toutefois il est d'autres circonstances encore qui influent puissamment sur ses succès et qui doivent, par conséquent, en faire modifier la dose.

Ainsi, et cette remarque mérite de fixer l'attention des médecins, si le malade a la constance de s'astreindre, le jour de son administration, qui est celui de l'accès, à une diète sévère, à un calme parfait et même à garder le lit, il faudra, dans une fièvre intermittente simple, toutes choses égales d'ailleurs, une dose de sulfate de quinine bien plus faible, que si on ne peut l'empêcher de vaquer à des occupations et de prendre des aliments. On conçoit qu'il est toujours avantageux de pouvoir ne prescrire un médicament qu'en petite quantité, quand le résultat est le même, et que cela est particulièrement utile pour le sulfate de quinine chez les personnes irritables, et chez les malades

dont il est nécessaire de ménager les moyens pécuniaires.

Il faut en général, chez un adulte, seize grains de sulfate de quinine pour empêcher le retour d'un accès. Lorsque les soins importants dont nous venons de parler sont strictement observés pendant son usage et continués plusieurs heures encore après qu'on l'a cessé, le succès est certain. Douze, huit et même quatre grains, donnés dans les dernières heures de l'apyrexie, nous ont quelquefois suffi en pareil cas dans des fièvres tierces ou quartes anciennes. Si ces précautions ne peuvent être prises, si le malade est forcé par état de sortir, de travailler, dix-huit à vingt grains sont quelquefois nécessaires pour atteindre sûrement ce but. Nous avons très-rarement été au delà de vingt ou de vingt-quatre grains pour arrêter la marche d'une fièvre pernicieuse.

Nous prescrivons communément le sulfate de quinine en pilules de deux grains incorporés dans une quantité suffisante d'extrait de gentiane. Quelquefois nous le donnons dissous dans quelques onces d'eau aiguisée avec l'acide sulfurique. Des lavements composés chacun de quatre, six ou huit grains au plus de ce sel, de trois onces d'eau et de quatre ou six gouttes de laudanum liquide, ont aussi la plus grande efficacité.

Nous donnons deux pilules, ou quatre grains de sulfate de quinine à la fois, à des distances égales, le jour de l'accès, ou la première dose étant prise la veille au soir lorsque celui-ci se montre de grand matin, et toujours de manière à ce que la dernière soit ingérée une ou deux heures avant l'époque présumée de son retour. Lorsque les accès sont très-rapprochés, comme dans quelques fièvres quotidiennes ou double tierces, dont quelquefois même l'apyrexie n'est pas parfaite, et qu'on ne peut attendre qu'ils soient bien régularisés, nous prescrivons huit pilules pour en prendre une d'heure en heure ou chaque demi-heure, à dater du moment où la sueur de l'accès précédent est bien établie. Quant aux lavements, ils sont donnés au nombre de trois ou quatre, selon leur force et la gravité de la maladie, aux mêmes époques, sans préparation aucune, car nous n'avons pas trouvé qu'il fût nécessaire d'évacuer préalablement le gros intestin, ce qui fait d'ailleurs perdre du temps et peut causer un trouble fâcheux dans cet organe. Si l'un des lavements est rejeté

avec une selle ou autrement, il faut le remplacer une demi-heure après.

Lorsque l'accès reparaît, ce qui est rare, nous nous bornons à insister sur le repos et le régime, sans revenir au fébrifuge : c'est toujours le dernier. S'il se reproduit encore, c'est qu'il existe quelque altération latente qui entretient la maladie, et la faute en est, non au sulfate de quinine, mais au médecin qui aurait dû découvrir et combattre cette altération avant d'y avoir recours. Nous ne revenons au sel de quinine qu'à titre de prophylactique, une fois toutes les semaines, pendant un à deux mois, en anticipant chaque fois d'un jour, à compter de celui où s'est montré le dernier accès; quatre à huit grains chaque fois suffisent pour faire atteindre ce but. Dans nos contrées marécageuses, l'usage d'une préparation ferrugineuse, prise chaque jour avant un repas, est aussi très-souvent utile pour détruire toute habitude fébrile.

Dans les fièvres pernicieuses, dont la marche insidieuse est si propre à faire prendre le change, quand une longue habitude et une attention soutenue n'ont pas donné au médecin le tact nécessaire pour les faire reconnaître, nous attachons une grande importance à l'état de la peau; c'est au moment où il s'y montre quelques traces de moiteur que nous nous hâtons de faire prendre le sulfate de quinine. Cinq ou six doses de quatre grains de ce sel sont alors données d'heure en heure, ou à des intervalles plus rapprochés encore, soit en pilules, soit en potion; ou si la déglutition est impossible, trois ou quatre lavements de six ou huit grains chacun, sont administrés avec la précaution de remplacer ceux qui seraient expulsés. Les accidents locaux sont combattus en même temps ou immédiatement après ce traitement.

Il est presque inutile de dire que, dans les cas ordinaires, nous préparons d'abord le malade par la diète, le repos, les boissons délayantes et les médications particulières qui peuvent être indiquées, sans nous hâter, de manière à observer deux ou trois accès et à bien reconnaître l'ennemi avant de le combattre. Ce n'est pas là perdre du temps; l'action du fébrifuge est alors assurée, la guérison plus prompte et plus solide.

Nous avons voulu faire ici quelques remarques pratiques et non répéter ce qu'on trouve partout sur les détails du traitement des fièvres intermittentes. Ce sont les faits et non les livres qui nous ont conduit peu à peu à ces résultats. Si des médecins trouvaient que nous n'avons rien dit de nouveau pour eux, nous nous féliciterions de cette rencontre qui ne peut qu'attester la justesse et l'exactitude de nos observations.

RAPPORT

SUR LE MÉMOIRE DE M. GOUZÉE,

LU DANS LA SÉANCE DU 2 JUILLET 1840 (1).

Le mémoire de M. Gouzée est un résumé des notions les plus utiles qu'une longue pratique lui a appris sur le traitement des fièvres intermittentes. Ce laborieux et judicieux écrivain, dont nous aimons la méthode toujours logique, a rempli ici une partie de la tâche imposée spécialement aux médecins belges, qui, habitant un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, semblaient appelés à avancer leur étude. Cependant peu d'écrivains belges s'en sont occupés d'une manière spéciale et avec quelque succès. Le mémoire de Van Rotterdam, de Gand sur la saignée dans ces fièvres, mémoire couronné à Paris sous l'empire, était loin en effet de mériter la réputation qu'il a valu à son auteur, et il serait même difficile de s'expliquer le succès qu'il a obtenu, si l'on ne savait que le président de la commission qui l'a couronné, était Bosquillon, traducteur et propagateur enthousiaste de Cullen, et que le médecin belge exaltait à tout propos les théories de l'écrivain écossais, aujourd'hui presque oublié.

M. Gouzée fait d'abord l'historique et explique la cause des déceptions auxquelles ont été sujets les praticiens, qui, dans un but louable, ont cru trouver dans des substances indigènes des succédanés à l'écorce du Pérou, et il cite spécialement la potion de M. Peysson, auquel il applique le *parturiunt montes* d'Horace. Nous avouerons que nous avons nous-même partagé pendant quelque temps l'enthousiasme du médecin français pour sa découverte, et que dans la bibliothèque médicale belge (2) nous avons signalé les succès que nous

(1) M. De La Haye, *rapporteur*, Buys, *commissaire*.
(2) Tome I, page 471, année 1824.

avions cru en avoir obtenus à cette époque. Aujourd'hui, quoique nous soyons revenu de notre première opinion, nous ne sommes cependant pas à la regarder comme inerte, et cette potion nous rend encore tous les jours des services, dans des cas que nous ne croyons pas pouvoir détailler ici.

Le résultat de notre pratique est conforme à celui obtenu par M. Gouzée sur l'efficacité de la solution de Pearson (arséniate de soude) dans les fièvres intermittentes rebelles, et nous croyons avec lui que ce médicament mériterait de devenir l'objet de nouvelles expérimentations. Ce médicament d'ailleurs, de même que quelques autres préparations arsenicales, administré avec les précautions nécessaires, n'a pas les inconvénients que semblerait devoir faire redouter la substance minérale dont il se compose. Les pilules *asiatiques* (1) ont été administrées par nous, tout récemment, avec un grand succès dans un cas de dartre rebelle à toute autre médication, et sans aucun inconvénient, jusqu'à la dose de 500 pilules pendant la durée du traitement. Notre collègue M. Demeyer en a obtenu les mêmes succès dans les mêmes circonstances et avec la même innocuité.

M. Gouzée fait observer ensuite qu'il ne faut pas insister trop longtemps sur l'usage du sulfate de quinine, quand la fièvre résiste malgré son emploi méthodique. Selon lui la fièvre est alors entretenue par une altération latente, qu'il faut détruire pour anéantir les accès. Une autre observation que nous nous permettrons d'ajouter sur la cause de la persistance de la fièvre dans quelques cas, lorsque l'on continue trop longtemps l'usage du fébrifuge, c'est que le remède peut être lui-même la cause de cette persistance, sans qu'aucune autre lésion intervienne. Il suffit alors de supprimer le remède pour ne plus voir revenir les accès, de sorte que, selon nous, l'usage du sulfate de quinine peut devenir alors la cause de la fièvre au lieu d'en être le remède. Ce fait, qui trouve son analogue dans l'usage trop longtemps continué du mercure dans les maladies syphilitiques et où des symptômes en tout semblables à ceux produits par le virus syphilitique lui-même, sont produits par cet abus, ce fait, disons nous, rappelle le précepte homœopathique *Similia similibus curantur*, précepte qui, il faut bien l'avouer, n'est pas dénué de tout fondement, dans ces cas, comme dans quelques autres que nous ne pouvons rappeler ici, et où des agents producteurs de certains phénomènes, sont aussi ceux qui les guérissent quand ils existent.

C'est ce même fait qui explique les succès illusoires obtenus par certains remèdes sans efficacité réelle, et qui administrés avec un

(1) Ces pilules se composent d'un seizième de grain d'arsenic blanc mêlé au poivre noir.

succès apparent après l'emploi infructueux du sulfate de quinine, n'ont pu soutenir leur réputation, lorsqu'ils ont été employés dans d'autres circonstances. Ces remèdes en effet n'ont été suivis de succès, que parce qu'ils ont été employés dans un moment où la fièvre allait cesser spontanément, la cause étant enlevée par la suppression du premier remède, l'effet devait disparaître également.

M. Gouzée ne mentionne nulle part une observation que nous avons eu occasion de faire dans notre localité, nous voulons parler de la diminution notable dans la fréquence des fièvres intermittentes depuis une dizaine d'années. Cette diminution est telle que la consommation du sulfate de quinine dans notre service à l'hôpital civil de Bruges est diminuée de deux tiers depuis dix ans, quoique nous n'ayons guère changé de méthode, et que le nombre des pauvres soit considérablement augmenté dans notre ville. (Nous avons fait prendre un relevé de la consommation du sulfate de quinine dans les hôpitaux et hospices civils de Bruges pendant une dizaine d'années. Le résultat est que pendant les deux années 1831 et 1832, la consommation a été de 74 onces, et seulement de 36 onces pendant 1838 et 1839. Cette dernière année a été surtout remarquable sous ce rapport, puisqu'il n'en a été consommé que 14 onces.)

La même observation s'applique à notre part de service des pauvres à domicile. Nous ne parlons ici que de la classe pauvre, parce que la population à notre service y est restée la même pendant ces dix années, et que c'est surtout dans cette classe que les fièvres intermittentes sévissaient de préférence.

Il serait sans doute intéressant de connaître la cause d'un pareil fait. Mais pour la trouver, il serait nécessaire de savoir avant tout, si ce fait est général et si par conséquent la cause l'est également, et c'est jusqu'ici ce que nous ignorons.

Cependant, et quoiqu'il en soit de cette cause générale, dont nous sommes loin de rejeter la probabilité, nous croyons qu'une cause locale et particulière n'a pas été sans quelque influence à Bruges. La réalité de cette cause trouverait même un argument en sa faveur dans le silence de M. Gouzée à l'égard du fait que nous signalons.

La cause dont nous voulons parler est une amélioration hygiénique à laquelle nos pauvres ont été soumis pendant cette époque, et que la population militaire qui fournit surtout les sujets soumis aux soins de notre collègue d'Anvers, n'a pas eu à subir. En effet, une amélioration notable a été introduite depuis une dizaine d'années dans les habitations des pauvres de notre ville : antérieurement ceux-ci habitaient de petites maisons étroites, à fenêtres en plomb, sales et tombant en ruines de vétusté, et laissant pénétrer de tous côtés l'air extérieur; rarement, en effet, ces habitations subissaient des réparations conve-

nables. Depuis lors, un nombre considérable de nouvelles demeures ont été construites, des rues entières ont été bâties à neuf, ces maisons ont été en général construites sur un plan plus large, les fenêtres sont toutes en bois, et empêchent mieux l'entrée brusque de l'air extérieur. Le nombre des maisons étant ainsi augmenté dans une plus grande proportion que la population, il en est résulté, en outre, moins d'encombrement. Chez les militaires au contraire aucune de ces circonstances ne s'est rencontrée, leurs habitations étant restées les mêmes.

Il serait donc utile de savoir ce que l'observation a appris sur ce point à M. Gouzée, ainsi qu'à d'autres médecins, qui habitant des localités différentes pourraient par leur position éclaircir cette question.

OBSERVATION TOPOGRAPHIQUE MÉDICALE

D'UNE PARTIE SEPTENTRIONALE DE LA COMMUNE DE ZWEVEZEELE, PRÉSENTÉE A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

Par H. PATTYN,

Docteur en médecine dans la même commune, membre correspondant.

Vers les limites nord de la commune de Zwevezeele, sur les confins de celles de Lichtervelde, Thourout et Ruddervoorde, existe une bruyère inculte, d'une superficie de 800 hectares environ, dont la surface très-inégale est parsemée d'une trentaine de mares d'eau stagnante. Cette bruyère appartient en usufruit et à perpétuité aux riverains, de manière que tous les habitants à petite distance de cette bruyère ont 1° un droit égal de pâturage; 2° le droit d'y couper de la tourbe, et 3° de rouir leur lin dans les mares d'eau qu'elle contient. Voilà le minime profit que les propriétaires peuvent tirer de cette grande étendue de terrain; quant au droit de pâturage, l'herbe qui y croît est d'une qualité tellement malfaisante qu'elle ne peut suffire seule à la nourriture des bestiaux; d'ailleurs le beurre qui provient des vaches qui y paissent est de mauvaise qualité. La tourbe que les propriétaires y coupent ne vaut ordinairement que la

main-d'œuvre. Enfin le rouissage du lin pourrait se faire ailleurs.

Cette plaine est entourée de deux à trois cents chaumières habitées par autant de familles les plus indigentes du canton : une maladie endémique aggrave encore leur malheureuse existence. Les matières végétales en putréfaction dans les mares d'eau y entretiennent des émanations toxiques, dont l'effet est d'y produire une fièvre intermittente qui règne éternellement dans ces lieux ; l'effet en est tellement constant que jamais un individu d'un autre endroit ne vient habiter la bruyère pendant six mois sans être atteint de fièvre intermittente, et, habitué à cette maladie, l'on y supporte une fièvre quotidienne, tierce ou quarte pendant des années sans réclamer les secours de l'art.

La plupart de ces cabanes sont données en bail aux administrations de bienfaisance des communes environnantes pour les faire habiter par les pauvres à leur charge ; à raison de vingt à vingt-cinq francs de loyer par an, la commune en est débarrassée ; ainsi la santé du pauvre est sacrifiée à une économie bien coupable. Un exemple, entre plusieurs que je pourrais citer, prouvera l'exactitude de ce que j'avance.

Le nommé Jean D'Hoop, père de famille, âgé de 30 ans environ, à charge du bureau de bienfaisance d'une commune limitrophe, vint habiter la bruyère dans le courant de l'année 1831. Après trois mois de séjour, vers le mois de septembre, il se trouva atteint de fièvre intermittente tierce, qui fut enlevée au moyen du sulfate de quinine. Quinze jours plus tard, nouvel accès ; la fièvre céda encore pour reparaître un mois après, et ainsi de suite pendant deux ans. La santé générale du malade se détériora visiblement ; la rate et le foie devinrent volumineux ; une gastrite chronique vint compliquer cet état ; et la fièvre reparut de quinzaine en quinzaine. Les aliments que prenait le malade aggravèrent encore sa position : l'administration de bienfaisance ne lui accordait pour toute nourriture que du pain de seigle dur et noir, et des pommes de terre de mauvaise qualité. Les réclamations, plusieurs fois répétées, que je lui adressai dans le but de faire changer le domicile de D'Hoop, ne furent point écoutées. L'état de mon malade s'aggrava de jour en jour ; les extrémités inférieures s'infiltrèrent, l'hydropisie devint géné-

rale, et le malheureux expira au milieu de la plus complète misère. Au moins pour lui la mort était un bienfait, elle a mis un terme à sa trop pénible existence.

Maintenant nous verrons à notre tour ce que fera à l'avenir l'administration de la commune à laquelle il était à charge, lorsqu'un nouveau cas de ce genre se présentera ; ce qui sans doute ne tardera pas longtemps d'arriver.

Pour remédier à la vicieuse position topographique de cette contrée, il suffirait de faire cesser la communauté de propriété, de partager ce terrain inculte, ou bien, si le partage est impossible à cause du trop grand nombre de propriétaires, de vendre toute la bruyère, mais en lots qui n'excéderaient pas la superficie de vingt à vingt-cinq hectares. Alors les propriétaires cultiveraient chacun leur nouvelle propriété, et dans peu d'années cette terre qui aujourd'hui ne produit absolument rien, serait rendue sous peu productive : les mares seraient desséchées au moyen de fossés creusés pour l'écoulement des eaux; et toute la plaine aride serait convertie soit en terre à labour, soit plantée en bois taillis ou en sapin, selon la qualité du terrain.

De cette façon l'air atmosphérique serait purifié au moyen de la végétation, les émanations putrides cesseraient et la fièvre intermittente, qui en est l'effet, disparaîtrait. Plusieurs autres avantages pourraient résulter de l'adoption de cette mesure : les produits du sol seraient augmentés, le trésor public en profiterait. Ces terres, qui aujourd'hui ne paient aucune contribution foncière, paieraient alors comme leurs semblables en classification.

En résumé, le résultat que je désire, avant tout, serait que les habitants de cette contrée ne fissent plus un contraste pénible avec toutes les populations pauvres de la province.

En adressant ce mémoire, d'un intérêt peu général, à la Société médico-chirurgicale de Bruges, j'espère qu'elle appréciera mes intentions et que, peut-être, un jour consultée sur ce projet par le gouvernement provincial, elle daignera coopérer au but que je viens de signaler.

Zwevezeele, le 12 décembre 1838.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

Le mémoire de M. Pattyn, dont la Société m'a confié l'examen, signale, dans la partie nord de la commune de Zwevezeele, l'existence d'une bruyère inculte et parsemée d'un grand nombre de mares d'eau stagnante dans lesquelles les habitants d'alentour viennent rouir leur lin tandis qu'ils coupent de la tourbe dans les autres endroits de la bruyère. L'herbe qui croît dans cet endroit est malfaisante pour les animaux; les vaches qui y paissent fournissent un beurre d'une mauvaise qualité. Parmi les familles indigentes, qui habitent en grand nombre autour de cette bruyère, il règne endémiquement une fièvre intermittente, à laquelle presqu'aucun habitant ne peut se soustraire et pour laquelle on fait rarement des remèdes. Ceux-ci d'ailleurs, ainsi que l'observe M. Pattyn, ne peuvent détruire une maladie, dont la cause est sans cesse reproduite par les influences de la localité.

Pour remédier efficacement à ce fâcheux état de choses, M. Pattyn voudrait qu'on convertit cette bruyère soit en terre à labour, soit en plantations de bois taillis ou sapin, d'après les différentes qualités du terrain. De cette manière, dit M. Pattyn, ce terrain serait rendu salubre et le produit en serait en même temps augmenté. M. Pattyn finit en exprimant le désir, qu'alors que le gouvernement provincial vint à consulter la Société sur cet objet, elle voulût bien coopérer au but qu'il énonce dans son mémoire. Persuadé que la Société s'empressera d'accéder à ce vœu, je lui propose d'adresser à l'auteur des remercîments sur son intéressante communication et d'insérer son mémoire dans les Annales de la Société.

—

MÉMOIRE

SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE QUI A RÉGNÉ A BERCHEM EN 1836, ET EN 1838 ET 1839 A AVELGHEM ET DANS SES ENVIRONS;

Présenté à la Société médico-chirurgicale de Bruges;

Par LAMEIRE, docteur en médecine, membre correspondant.

Chargé de donner mes soins aux pauvres de la commune de Berchem, où la fièvre typhoïde régnait avec beaucoup d'inten-

(1) M. E. Wemaer, *rapporteur*.

sité, je fis, en 1838, les observations que j'ai l'honneur de présenter à la Société médico-chirurgicale de Bruges. C'est le même fléau qui moissonna, avant l'âge, mon collègue, le docteur Verhougstraeten, de Tighem, que j'ai remplacé à cette époque. Encore imbu des principes de Broussais, je ne pouvais croire que cette maladie avait un autre point de départ que l'intestin grêle. Cependant mes observations, que j'ai poursuivies pendant trois ans, m'ont convaincu qu'il y avait autre chose qu'une inflammation dans cette maladie.

Je compte sur l'impartialité de ceux qui liront ce mémoire ; à tort ou à raison, je m'éloigne quelquefois de leur manière de voir. Ils resteront convaincus, j'espère, que c'est de bonne foi et sans idée préconçue que je cherche la vérité.

1° Je commencerai par exposer les causes qui existent à Berchem et à Avelghem, et concourent à la production de cette maladie.

2° Je décrirai, ensuite, sa symptomatologie, que j'ai observée au lit des malades, et ses complications.

3° Mon traitement.

4° Mon opinion sur l'altération du sang dans la fièvre typhoïde.

Étiologie. Le village de Berchem a une population de 2,700 âmes environ. La place est formée de deux rues qui se joignent au milieu d'elle, ces rues ont une direction de l'est à l'ouest : au midi on découvre beaucoup de prairies, de bois et de monticules. Vers le nord et très-près du village, on voit encore le vieux Escaut, qui n'est jamais sans eau ; puis des prairies d'une immense étendue qui sont toujours inondées pendant l'hiver et jnsqu'au mois de mai ou de juin.

La plupart des pauvres sont des tireurs de bateaux qui marchent tout l'hiver dans l'eau : ils s'adonnent à toutes sortes de liqueurs de mauvaise qualité, se nourrissent mal, et n'observent aucun régime, se livrent à tous les excès. Les autres travaillent dans les fabriques de chicorée, ou s'occupent chez eux à filer le lin.

Ces malheureux chargés généralement d'une nombreuse fa-

mille occupent des logements étroits, humides, peu éclairés, où l'air se renouvelle difficilement: la plupart de ces habitations se composent d'une seule ou de deux places; elles n'ont, en général, qu'une seule porte et une petite fenêtre qu'on ne peut ouvrir. On y trouve un ou deux lits où logent toute la famille, qui passe le jour et la nuit dans ces petites maisons : il est rare qu'on ne rencontre pas au-devant d'elles un puits au fumier ou se putréfient des substances animales et végétales disséminées ou amoncelées. Ceux d'entre ces malheureux qui sont éloignés d'un cours d'eau se servent, pour tous les besoins de la vie, de l'eau du vieux Escaut (qui est stagnante et insalubre).

L'intérieur de leurs maisons est très-malpropre, ils changent rarement de linge, portent longtemps les mêmes habits, ont la peau habituellement couverte d'ordure, et l'épiderme enduite de crasse. Lorsqu'un des membres de la famille est malade, les autres sont en proie aux tourments de toutes les affections morales tristes et débilitantes : il faut ajouter à cela les miasmes qu'exhalent continuellement le corps des malades.

Quant à Avelghem, l'air y est plus sain; ceci provient de ce que vers le sud on voit des prairies, qui ne sont inondées qu'une partie de l'hiver.

La manière de vivre est la même qu'à Berchem.

Telles sont les principales causes de la maladie que j'ai observée; il en existe bien d'autres encore, mais je n'ai voulu mentionner que les plus importantes.

Symptomatologie. La maladie s'annonce ordinairement par une céphalalgie légère; la tête devient lourde, pesante, brûlante: le malade est triste, abattu, chancelant : il éprouve un malaise général ; des lassitudes dans le dos, les hanches, les membres et surtout dans les extrémités inférieures, dans les articulations; il ressent une tension à la région épigastrique; l'appétit se perd; quelquefois des vomissements ont lieu; la bouche devient amère, pâteuse; la langue large, blanchâtre, jaunâtre ; les joues pendantes et jaunâtres; cet état dure quelquefois 6 à 8 jours; les malades à ce degré ne gardent pas encore le lit, et peuvent quelquefois continuer à se livrer à leurs occupations habituelles. C'est à l'ensemble de ces caractères que je donne le nom de

prodrômes : mais la maladie qui nous occupe a été loin de débuter toujours d'une façon aussi grave.

Le plus souvent j'ai remarqué qu'elle commençait par un malaise général; accompagné de céphalalgie intense; de battements des artères temporales; de brisement dans les membres inférieurs; de prostration excessive; d'indifférence; la figure portait l'empreinte de la stupeur; il existait un engourdissement physique et moral; le système musculaire était profondément affecté d'inertie.

Tels sont les symptômes que j'ai observés quand cette affection commençait sans prodrômes. Maintenant je vais poursuivre cette maladie et décrire la marche qu'elle suivait ordinairement.

Au bout de deux à quatre jours, frisson; horripilations; grande anxiété à l'épigastre; céphalalgie frontale intense; battements des temporales; joues animées; épistaxis, qui cependant a été rare; quelquefois vomissements de bile âcre, de matières muqueuses, saburrales; amertume à la bouche; épigastre douloureux. Chez quelques malades, ventre tantôt douloureux à la pression, tantôt indolore; langue jaunâtre, sèche, pointue, croûteuse, rouge à la pointe; pouls mou, accéléré, tantôt dur, donnant 100, 110, 120 pulsations par minute : la surface du corps était sèche, brûlante, parsemée de pétéchies ; la figure sans expression, stupeur, yeux ternes, paupières gonflées : tantôt la langue rouge, comme trempée dans le sang, fendillée, tremblante quand le malade la sort; réponses lentes, articulation difficile, le timbre de la voix changé; prostration extrême des forces ; urine rare, rendue en petite quantité, avec sédiment abondant et épais, qui m'a semblé avoir l'odeur de l'*opodeldoch,* quelquefois elle est claire jusqu'au 15e ou 17e jour jusqu'à ce que la crise commence.

Vers le 9e ou 10e jour il se déclare une bronchite ou une pneumonie obscure; son mat vers la base, râle muqueux, sibilant, tendance du corps à tomber vers la partie la plus déclive; tremblements et agitations des mains; selles involontaires, séreuses, verdâtres; désir de boissons froides; surdité; délire; marmotage; dans la réaction fuliginosités des lèvres et des dents; les lèvres sont agitées, tremblantes; abolition ou perversion des

sens, mobilité convulsive des membres; des eschares se forment, mais le plus souvent elles se font remarquer au sacrum et aux trochanters; soubresauts des tendons, roideur tétanique, aphonie, hoquet continuel, rétention d'urine, météorisme du ventre, mort.

Voilà la marche de cette malheureuse affection. Mais je ne l'ai observée que chez deux de mes malades; dans tous les autres cas, j'ai toujours su juguler sa marche et prévenir l'adynamie extrême et l'ataxie.

Du 15e au 20e jusqu'au 25e jour j'ai vu survenir la crise; une bonne transpiration commençait à couvrir le corps; les urines augmentaient; la langue s'humectait et se dépouillait de ses fuliginosités, on sentait dans le pouls une tendance vers l'état normal; la surdité diminuait si elle était survenue de bonne heure ou se déclarait à cette époque; l'expectoration devenait plus facile, les mucosités ainsi que les râles diminuaient et cessaient totalement en peu de temps.

Mais je n'ai pas toujours observé cette crise régulière. Bien souvent la crise n'était annoncée par aucun symptôme; il ne se manifestait ni transpiration, ni urine abondante, ni selles fréquentes, et la convalescence s'établissait insensiblement, mais plus difficilement.

Traitement. Quand la fièvre typhoïde débute par les prodrômes que j'ai mentionnés plus haut, je commence par une saignée générale, les boissons aqueuses, rendues acides par du jus de citrons, d'oranges, la crème de tartre ou l'acide sulfurique; et une diète sévère. Quand la bouche est amère, pâteuse, ou qu'il existe des envies de vomir, j'administre un grain d'émétique dans une pinte d'eau sucrée, que je fais prendre par petite dose jusqu'à effet de trois à quatre vomissements : de cette manière je débarrasse l'estomac de ses matières bilieuses et saburrales. Chez ceux qui n'éprouvent pas d'envie de vomir et chez qui le ventre est paresseux, j'ordonne ℥i à ℥is de crème de tartre dans du lait ou dans de l'eau sucrée, dans le but de nettoyer le canal intestinal. Par ce traitement, simple en apparence, j'ai souvent eu bien des succès chez des personnes atteintes de fièvre typhoïde qui présentaient ces premiers symptômes : mais quand cette fièvre se déclare avec plus d'intensité, j'institue un traitement

en conséquence. Lorsque les sujets sont jeunes, robustes et présentent une langue rouge à la pointe, que la pression de l'épigastre détermine de la douleur je n'hésite pas à faire une ou deux saignées générales. Par ces déplétions je crois que la maladie parcourt plus facilement ses périodes. Si la pression sur la région épigastrique et vers la fosse iliaque droite provoque encore des douleurs, j'y applique des sangsues au nombre de 10 à 15, moitié sur chaque région, que je fais répéter tant que la pression sur ces parties est douloureuse. Ces évacuations m'ont été très-utiles; je crois qu'elles diminuent l'inflammation et l'éruption intestinale et empêchent les congestions péritonéales et des viscères parenchymateux. Quand le sang cesse de couler, j'arrose de laudanum les cataplasmes émollients que je fais entretenir tant que le ventre est tendu et douloureux. Si ce topique est trop pesant, alors j'applique des linges ou des flanelles imbibées de décoction de racines d'althæa. Je prescris, en outre, la diète absolue, les boissons acidulées ou de l'eau pure selon le désir des malades; je recommande particulièrement d'en donner un demi-verre toutes les dix minutes, jour et nuit; par ce moyen les boissons sont absorbées au fur et à mesure qu'elles sont introduites dans l'estomac. Lorsque les selles sont trop fréquentes, séreuses et fétides, eau de riz pour boisson, mucilage de salep, lavements d'amidon avec ou sans laudanum selon l'indication. Si la diarrhée continue malgré ce traitement et que les forces le permettent, sangsues à l'anus; en un mot, j'emploie tous les moyens possibles pour arrêter cette malheureuse affection qui est toujours un signe funeste. Après les déplétions sanguines, quand je ne vois pas la nécessité d'employer d'autres moyens, alors je reste spectateur; il m'est arrivé souvent que je n'ai rien fait pendant six à huit jours. A cette époque la maladie reste en quelque sorte stationnaire et j'attends tout alors de la nature. Je fais nettoyer les habitations, j'ordonne de tenir la porte et les croisées ouvertes, je conseille de répandre trois fois par jour du vinaigre sur une pèle ou sur une pierre rougie au feu pour purifier l'air et détruire les miasmes. J'ordonne de laver mes malades à l'eau de savon, je fais couper quelques branches chargées de feuilles vertes et des plantes aromatiques, et je les fais

jeter dans les maisons, sur le lit et partout. Je défends strictement toute communication des personnes saines avec les personnes malades; je crois que ce moyen hygiénique n'est pas à négliger. Quand il survient une bronchite, complication commune que j'attribue plutôt au génie de la maladie qu'à l'air frais (j'ai remarqué à Berchem, que presque tous mes malades ont eu une bronchite), dans ce cas, je cesse les boissons acidulées froides, je les remplace par l'eau sucrée chaude, eau miellée, cataplasme de farine de lin sur le thorax.

Quand une pneumonie se déclare, on a plus d'effet d'une saignée générale pour empêcher l'engorgement des organes respiratoires que des saignées locales; c'est du moins cet effet que j'ai obtenu. J'ai remarqué souvent que l'affection de la poitrine dure autant que l'intensité de la maladie; mais quand la fièvre diminue, le pouls tend à revenir à son état normal, ordinairement les affections pulmonaires cessent comme par enchantement. Si une forte céphalalgie se déclare avec stupeur, somnolence ou coma, je fais appliquer des sangsues aux tempes ou derrière les oreilles ; vésicatoires à la nuque; eau froide continuellement renouvelée; sinapismes aux pieds et aux mollets.

Lorsque l'adynamie arrive, dans cette prostration extrême des forces, je permets un peu de bouillon, de l'eau rougie par un vieux vin de Bordeaux; je prescris l'acétate d'ammoniaque, la décoction de quinquina rouge en boissons et en lavements pour soutenir les forces générales.

Dans l'ataxie, lorsque des spasmes, des soubresauts des tendons, des crampes des membres et des troubles dans les idées ont lieu : eau de tilleul, de fleurs d'oranges, potions antispasmodiques. Quand il y a du délire, extrait gommeux d'opium ou acétate de morphine : sur les extrémités agitées liniment camphré, laudanisé; heureusement je n'ai dû recourir que très-rarement à ces moyens extrêmes, ce que j'attribue à l'énergie de mon traitement au début de la maladie.

Pour les gangrènes qui surviennent au sacrum, aux grands trochanters, aux coudes, quand il n'y a que simple rougeur, farine d'amidon, lotions froides alumineuses. Quand la gangrène existe, pour faire tomber les eschares, cataplasmes de farine

de lin saupoudrés de poudre de quinquina; d'autres fois, je prends moitié de quinquina rouge et de poudre de charbon végétal que j'applique sur les gangrènes, et je couvre le tout du même cataplasme.

Quand les eschares commencent à se détacher, liqueur de Labaraque pour détruire les émanations putrides et stimuler les parties vivantes, puis pansements avec de la charpie recouverte d'onguent basilicum et de styrax. J'engage les malades à changer souvent de position.

La convalescence arrive ordinairement du 20e au 25e jour, quand il n'y a pas de complication et qu'on ne remarque pas ces extrêmes adynamies. Elle s'établit péniblement lorsque la maladie a été de longue durée. Je ne permets des aliments que lorsque le pouls est redescendu à son état normal et que les symptômes inflammatoires ont disparu; car le moindre aliment, avant cette époque, peut exciter les parties malades, rappeler les phénomènes généraux et sympathiques et retarder la guérison. Alors je permets un léger bouillon, du lait au riz, mais le plus ordinairement chez les pauvres, des bouillies faites avec du lait et du pain blanc dont j'accorde le premier jour trois à quatre cuillers de la partie la plus liquide. J'augmente journellement la quantité; puis, fruits cuits; bouillons un peu plus forts; œufs frais; potages maigres; viande de veau; et je passe graduellement aux aliments plus forts en faisant une attention toute particulière à la manière dont la digestion s'opère.

Quant aux chlorures tant vantés aujourd'hui, j'en ai fait usage; mais je n'ai pas obtenu le succès que j'en avais espéré.

Par ce traitement j'ai guéri un grand nombre de malades. L'assiduité avec laquelle je visitais mes malades, et les interrogatoires tous les jours réitérées avec attention, ont, peut-être, beaucoup contribué à cette grande réussite.

Je peux avancer consciencieusement qu'à Berchem je n'ai perdu qu'un malade sur douze, et à Avelghem un sur quinze.

Altération du sang dans la fièvre typhoïde.

Je suis du nombre de ceux qui cherchent la vérité; mes remarques pratiques sur la fièvre typhoïde, que je poursuis depuis

trois ans, et les observations que je recueille au lit de mes malades me permettent d'avancer mon opinion sur l'altération du sang, et je chercherai quel peut être le point de départ de cette maladie en commençant à jeter un coup d'œil sur les autopsies cadavériques que j'ai vues dans les différents hôpitaux que j'ai fréquentés.

On trouve, ordinairement, vers la fin de l'iléon, la muqueuse intestinale parsemée de plaques rouges vers la valvule iléo-cœcale, des plaques saillantes, gaufrées dans l'étendue de trois à huit pouces, tantôt moins tantôt plus, ce sont des véritables excroissances rougeâtres, grisâtres : c'est une réunion de plusieurs furoncles dont les uns sont enflammés, d'autres en suppuration et d'autres en voie de cicatrisation. Mais on est loin de trouver ces plaques d'une manière constante. Je me rappelle qu'étant à Bruxelles, à l'hôpital St-Pierre, j'y ai vu un cas où un malade succomba à une fièvre typhoïde avec tous les symptômes caractéristiques et à l'autopsie cadavérique rien ne répondit à notre attente; nous ne rencontrâmes ni plaques, ni aucun développement folliculeux. J'ai vu un cas semblable à Paris, à l'hôpital de la Charité, dans la clinique de M. Bouillaud. J'en conclus donc que ces plaques sont très-variables. Que dire de ces cas où l'on ne trouve qu'un léger développement d'un où deux follicules qu'on ne sent qu'en y passant légèrement le doigt? dès-lors, je ne pouvais me rendre compte de ces adynamies, de ces grandes prostrations. Je crus qu'il y avait plus qu'inflammation; il me fallait le chercher dans l'élément typhoïde ou dans le système nerveux ou circulatoire. Après avoir réfléchi longtemps, après bien de méditations, je crus que le sang lui-même était altéré dans la fièvre entéro-mésentérique. Dès lors, cette altération est devenue pour moi un objet spécial d'étude et de réflexion (je crois que je pourrai la démontrer à quiconque veut être de bonne foi et examiner ce qui va suivre sans prévention), et j'ai été convaincu que les propriétés physiques du sang typhoïde ne sont pas les mêmes que celles du sang provenant d'une maladie purement inflammatoire. Je vais maintenant procéder à l'examen de ce liquide. Ce sang présente tantôt une couenne inflammatoire molle, gélatiniforme, tantôt il est sans

couenne et le caillot sans consistance; en outre, ce sang est diffluent; cependant, cette différence est souvent très-difficile à distinguer; mais je l'ai observée mainte fois. Si l'altération du sang n'existe pas, à quoi attribuer, au commencement de cette maladie, ce que j'ai appelé les prodrômes qui peuvent durer six à huit jours pendant lesquels l'on n'observe rien du côté de l'abdomen, ni pression douloureuse, ni diarrhée? et quand on interroge les malades, ils vous diront, je ne souffre nulle part. Quelquefois, dans ces mêmes prodrômes, il y a céphalalgie, lassitudes dans les extrémités inférieures, inappétence accompagnée d'un malaise général : est-ce que ces symptômes sont le résultat de l'inflammation intestinale? j'ai mainte fois observé, quand ces prodrômes n'augmentent pas et qu'on peut arrêter les progrès de cette affection morbide, qu'il faut encore quinze, vingt à vingt-cinq jours pour rétablir les malades. Si, dans ce cas, le sang n'avait pas subi un commencement d'altération, faudrait-il autant de temps pour obtenir ce résultat? tandis que, une gastrite intense ne demande pas autant de jours, alors que tous les symptômes annoncent que la muqueuse stomacale est légitimement enflammée. Il me paraît donc impossible de faire commencer toujours cette maladie dans l'intestin grêle, quand rien n'annonce son inflammation. Que dire du simple gonflement des plaques de Peyer avec cette grande prostration, cette stupeur, cette fièvre intense dans le cas où la fièvre typhoïde commence avec grande intensité, quand l'estomac dans une gastrite aiguë ne produit que des symptômes généraux si légers en comparaison de la maladie qui nous occupe?

Observez ces symptômes si alarmants dès le début de la maladie, cette prostration, cette putridité; voyez les fièvres typhoïdes marquées dans les premiers jours par des pétéchies, des taches rosées et des altérations si graves dans les principaux organes : sera-ce encore l'inflammation de l'intestin, quand à l'autopsie on ne trouve aucun rapport entre l'étendue et l'intensité des lésions intestinales et la gravité des phénomènes généraux?

Qu'observe-t-on dans la fièvre typhoïde? prostration générale, abattement physique et moral, chaleur de la peau, trouble

de la circulation et de l'innervation, surtout du système nerveux cérébral et ganglionnaire; puis viennent les symptômes appartenant à l'inflammation des voies digestives.

Cette maladie consiste donc plutôt dans une altération de l'organisme qui constitue le cachet de la fièvre typhoïde que dans une véritable inflammation : c'est une sorte d'empoisonnement qui provoque des réactions qui allument la fièvre. Cet empoisonnement, c'est l'altération du sang; cette altération est constante et constitue, selon mon opinion, la forme morbide au lieu que les lésions locales sont très-variables.

N'observe-t-on pas quelque chose de caché, d'obscur, que les investigations les plus minutieuses ne peuvent découvrir? il n'est pas plus possible de faire avorter le mouvement fébrile par aucun traitement, tandis qu'on obtient un succès assuré dans toute affection purement inflammatoire par les déplétions sanguines et les révulsifs.

Mais ne pourrai-je pas encore apporter d'autres preuves à l'appui de ce que j'avance? les pétéchies, les vibices, les sudamina sont le résultat, non-seulement des sueurs, mais de l'état du sang que l'éruption intestinale seule ne peut produire.

La gangrène, si commune dans cette maladie, serait-elle aussi produite par l'éruption intestinale. J'ai observé dans ma commune, dans un hameau où régnait la fièvre typhoïde, une tendance très-grande à produire des eschares, ce que je n'ai pas observé à Berchem. Cela ne prouverait-il pas que, tantôt le sang peut être altéré en plus, tantôt en moins, et nous voyons ici une tendance des solides à la décomposition; car il est impossible selon moi que la pression seule puisse produire la gangrène d'une manière si rapide, puisqu'on ne la voit point survenir dans une autre maladie, en si peu de temps.

Je crois que j'ai maintenant suffisamment prouvé que l'altération du sang existe dans la fièvre typhoïde. Je ne chercherai point si l'altération du sang précède les lésions intestinales où si elle est consécutive. Je crois que l'altération du sang peut être primitive et secondaire. Je ne nie pas non plus les lésions intestinales dans la majorité des cas, pour ne pas dire toujours. Car mes yeux m'ont trop souvent convaincu de cette vérité. Je veux

seulement arriver à ce point que l'altération du sang existe dans la plupart des fièvres typhoïdes, surtout avec ces grandes prostrations, que l'éruption, quelquefois légère, du canal intestinal seule ne peut produire. Je conclus donc de tout ce que j'ai dit sur l'altération du sang l'opinion suivante :

Que les fluides (sang), comme corps composés, peuvent subir des changements relativement à leur composition et être pathologiquement altérés, puisqu'ils sont dans un seul rapport avec l'état physiologique.

Avelghem, le 27 juillet 1839.

Rapport sur le mémoire de M. Lemaire sur la fièvre typhoïde (1).

L'auteur divise son travail en quatre parties : dans la 1re il traite des causes ; après avoir donné la description des lieux où la maladie a régné, il énumère les autres causes qui sont toutes débilitantes. Cette description est bien faite. Cependant ces causes existent toujours et néanmoins le typhus ne règne pas constamment dans ces lieux, il faut donc encore en reconnaître une autre, plus spéciale, que l'auteur n'a pas indiquée.

2° La symptomatologie est présentée avec soin et exactitude, et l'on voit que l'auteur n'est dominé par aucune idée exclusive et qu'il écrit avec impartialité.

3° Le traitement n'offre, non plus, rien d'exclusif. Adoptant successivement, d'après le caractère propre de chaque cas en particulier et d'après ses progrès, les purgatifs, les saignées générales et locales, les cataplasmes sur l'abdomen ; quand il y a diarrhée, les mucilages de saleb, les lavements amylacés et quelquefois laudanisés : quelques moyens dans l'intention de purifier l'air, mais dont quelques-uns ne nous paraissent pas posséder les vertus que l'auteur leur attribue. Les complications pneumoniques, cérébrales, adynamiques et ataxiques sont successivement indiquées ; et à cet égard il est à regretter que l'auteur n'ait pas indiqué les remèdes les plus héroïques tels que l'*émétique à forte dose*, *le camphre*, *le musc*, qui tous dans certaines circonstances peuvent avoir une grande efficacité.

Le régime dans la convalescence est sagement dirigé.

(1) MM. Wemaer, *commissaire*, et De La Haye, *rapporteur*.

Dans la 4me partie l'auteur expose son opinion sur la nature de la maladie, et s'efforce de prouver que l'altération du sang constitue la vraie forme morbide, la lésion constante, au lieu, dit-il, que les lésions locales sont très-variables. Les preuves à l'appui de cette opinion sont logiquement exposées, mais nous n'avons pas vu que l'auteur en ait énuméré d'autres que celles qui ont été, depuis longtemps, indiquées par M. Chomel et tant d'autres ; et cependant la manière dont l'auteur énonce son opinion semblerait indiquer que personne avant lui ne l'ait professée. Nous croyons même que ses dévanciers sont allés plus loin que lui dans la désignation de quelques caractères physiques propres au sang dans les maladies typhoïdes.

En somme, ce travail prouve que l'auteur est dirigé par un bon esprit d'observation, et nous proposons que son mémoire soit inséré dans les annales de la Société.

MÉMOIRE

SUR LES

FIÈVRES INTERMITTENTES DE FURNES ET DE SES ENVIRONS ;

Par M. V. DE KEUWER, membre correspondant.

On a observé, depuis longtemps, que les habitants, condamnés à languir sur les bords des étangs et marécages, sont exposés aux fièvres intermittentes de toute espèce, produites par des effluves marécageux provenant de la décomposition des substances animales et végétales que ces lieux infects contiennent et exhalent sans cesse.

Ce sont donc ces exhalaisons délétères qu'on peut envisager comme cause des fièvres qui règnent si souvent dans ces mauvais parages. Mais cette cause existe-t-elle à Furnes? Y a-t-il des étangs, des marécages, des eaux bourbeuses et stagnantes autour de la ville ou de ses environs? Non, la ville de Furnes est située sur le canal de Dunkerque, à cinq quarts de lieue de la mer, entourée par des terres cultivées et très-productives. Les fièvres intermittentes y règnent, cependant, parfois. Il faut donc une cause qui les produise. A vrai dire, il y a soixante ans, les

moëres, qui sont à proximité de Furnes et qui à cette époque formaient un véritable foyer d'infection, pouvaient occasionner des fièvres de mauvaise nature et inspirer aux habitants d'un meilleur climat une crainte assez fondée; mais aujourd'hui cette cause a disparu. Les défrichements de ces terres incultes, le creusement de fossés pour donner un libre écoulement aux eaux, la plantation d'un grand nombre d'arbres qui enrichissent l'air d'oxigène, et les autres travaux exécutés, dans l'intérêt de l'humanité, par des hommes dévoués au bien-être de leurs semblables, tout cela a fait que les moëres sont devenues des campagnes riantes, dont les productions ne le cèdent plus en rien à celles des meilleures terres.

Écartons donc les moëres comme cause dans la production de nos fièvres, et portons nos vues ailleurs. Depuis treize ans que nous sommes établi ici, nous avons remarqué qu'une grande variation règne dans la température de l'air, mais nous ignorons jusqu'à quel point ce phénomène peut contribuer à la production des fièvres intermittentes. Ainsi, par exemple, en plein été, le matin, il fait une chaleur assez forte, mais vers le midi, le vent passe au nord et souffle assez pour supprimer la transpiration chez ceux qui y sont exposés, de manière qu'on éprouve des alternatives de chaud et de froid, qui font suer le matin et frissonner le soir. L'insalubrité de la ville est, peut-être, encore augmentée par la tourbe qu'on y brûle, par les porcs et les lapins qu'on y engraisse, par les chèvres qu'on y tient, etc. Mais cette insalubrité est-elle de nature à pouvoir engendrer la fièvre? voilà ce que nous ne savons pas. Ce qui est certain, c'est que les causes, quelles qu'elles soient, ne peuvent agir avec beaucoup d'intensité, vu le peu de gravité des fièvres dont nous sommes quelquefois atteints. Mettons au nombre des causes, le défaut d'arbres aux environs de la ville; plus multipliés, ceux-ci rendraient l'air moins impur et empêcheraient la violence des vents. Voilà, pensons-nous, les causes les plus probables de nos fièvres intermittentes; l'action des modificateurs de notre organisation est du reste très-difficile à apprécier à sa juste valeur.

Voyons maintenant si la nature de ces fièvres n'est pas en rapport avec les causes qui les produisent, ou si elle est aussi

grave et aussi redoutable qu'on se plaît à le dire à l'étranger, et si la ville de Furnes et ses environs méritent encore le reproche de contrées malsaines. Depuis treize ans que nous les observons, nous pouvons affirmer qu'elles ont été en général bénignes et qu'elles ont rarement présenté cette gravité qui dans d'autres localités enlève les malades en peu de temps.

Nous ne voyons presque jamais le typhus ou ces fièvres pernicieuses qui emportent au deuxième ou au troisième accès ceux qui en sont atteints. Les symptômes les plus ordinaires de nos fièvres sont : quelques jours avant le premier accès, une douleur aux régions frontale et lombaire et une lassitude spontanée de tout le corps. A ces symptômes succèdent des frissons qui portent le malade à se mettre près du feu pour se rechauffer. Souvent la période de froid est accompagnée de vomissements spontanés de matière bilieuse, quelquefois en grande abondance : la diarrhée ne se joint pas toujours aux vomissements. A cette période de froid succède une chaleur brûlante et ensuite une transpiration qui dilate le corps du malade, le met insensiblement à son aise, de manière qu'à son lever il ne se ressent d'autres choses que d'un léger abattement. Quelques jours ou seulement quelques heures, car cela varie, après ce premier accès, en arrive un second, puis un troisième, etc., qui commencent et finissent de la même manière que le premier. Ces accès successifs affaiblissent bien des malades, mais n'empêchent pas toujours qu'ils se livrent à leurs occupations habituelles pendant l'apyrexie; ce qui prouve certainement le peu de gravité de ces sortes de fièvres. D'après ces symptômes, nous sommes portés à croire que la nature de nos fièvres topographiques doit être une affection nerveuse. En effet, le début de ces fièvres est une lassitude spontanée de tout le corps; le système nerveux paraît engourdi ; la tête fait mal et exécute difficilement ses fonctions; la moelle épinière est aussi douloureuse; les mouvements de transport se font avec peine, les horripilations même partent de la moelle pour se propager par tout le corps. C'est toujours dans le dos que les fiévreux sentent les premières atteintes du froid. Quant aux vomissements, ils peuvent n'être qu'un symptôme, puisqu'ils ne surviennent le plus souvent qu'après le mal de tête

qui semble les provoquer à chaque accès. D'ailleurs, comment concevoir ces intermittences, si la bile qui se trouve dans l'estomac constituait la nature de la maladie. Y aurait-il autre chose alors qu'une gastrite? Mais une gastrite présente-t-elle jamais des intermittences telles que les fièvres dont il s'agit?

Une gastrite est une maladie qui a pour symptôme une fièvre continue.

Une fièvre intermittente est une maladie qui a pour symptôme des vomissements. N'est-ce pas dans le système nerveux qu'on remarque le plus d'irrégularités toutes les fois qu'il est affecté, et les intermittences des fièvres ne pourraient-elles pas être comptées au nombre de ces irrégularités? la chose est probable.

Ce que nous venons de dire sur la nature de nos fièvres topographiques, est en quelque sorte confirmé par le traitement qui leur convient.

En effet, le traitement généralement employé est le quinquina ou son essence, administré de différentes manières; nous le considérons même comme un spécifique, si spécifique il y a en médecine. Il arrive souvent que 20 grains de sulfate de quinine, donnés 5 ou 6 heures avant un accès, le coupent comme par enchantement; presque toujours cette quantité nous a suffi. Mais il arrive souvent encore que la cessation de la fièvre n'est que momentanée, de sorte que la première impression de ce médicament sur la membrane muqueuse de l'estomac suffit bien pour arrêter un accès, mais n'en empêche pas toujours le retour au bout de quelques jours. Il faut donc continuer le remède pendant un certain temps encore après la disparition de la fièvre, afin que par l'absorption son efficacité puisse être portée dans toutes les parties du corps et déraciner de cette manière les fièvres qui ont toujours de la tendance à revenir. Malheureusement beaucoup de malades ont une telle aversion de ces sortes de médicaments, qu'il est très-difficile de leur faire entendre raison sous ce rapport, et la négligence qu'ils mettent à les continuer est presque toujours la cause de fréquentes récidives.

Quelquefois nous faisons précéder l'administration de l'écorce

du Pérou de quelques purgatifs, mais ces derniers suffisent rarement pour guérir les malades.

La confirmation de la nature de nos fièvres topographiques découle donc et des symptômes qu'elles présentent, et du traitement qui leur convient; car si les vomissements étaient l'effet de l'irritation occasionnée par la présence de la bile dans l'estomac, et la diarrhée, quand elle accompagne ces vomissements, l'effet de celle des intestins, cette irritation gastro-entérite, d'après les principes, ne saurait jamais céder à l'action des médicaments qui, par leur nature, sont reconnus par les grands praticiens, comme les antagonistes des phlegmasies en général; à moins qu'on ne dise qu'en fait de médecine les méthodes les plus opposées ont une égale efficacité dans un cas donné.

Nous connaissons, d'ailleurs, un praticien qui a exercé dans nos environs et qui nous a avoué qu'étant imbu des préceptes de Broussais, il traitait les fièvres intermittentes par des moyens antiphlogistiques, émissions sanguines, sangsues, etc.; mais qu'il a dû renoncer à cette pratique pour en revenir aux amers.

En résumé, les fièvres de la ville de Furnes et de ses environs ne se sont déclarées d'une manière générale que deux fois en treize ans, savoir : dans l'année 1826 et en 1834. Dans les autres années, il y a bien eu des fiévreux, mais en très-petit nombre.

Ces fièvres présentent rarement du danger et ne doivent inspirer aucune crainte aux étrangers qui ont encore le pays en horreur à cause de son mauvais climat.

Les causes réelles de ces fièvres ne sont pas mieux connues que beaucoup d'autres causes, et leur nature nous paraît être une affection nerveuse.

Voilà, Messieurs, un petit aperçu de ce que nous avons observé depuis treize ans, sur les fièvres de nos contrées.

—

Rapport sur le mémoire de M. le docteur De Keuwer (1).

Vous nous avez chargés, M. De Mersseman, père, et moi, de vous présenter un rapport sur le mémoire de M. De Keuwer, de Furnes. Ce travail, Messieurs, comprend des réflexions sur les causes et la nature des fièvres intermittentes de cette ville et de ses environs, une exposition des symptômes qui les caractérisent et du traitement qui leur convient.

A l'égard des causes, M. De Keuwer rappelle le résultat d'une longue et constante observation, que les effluves marécageux, provenant de la décomposition des substances animales et végétales dans des endroits infects, sont les causes les plus actives des fièvres intermittentes. On sait, en effet, que nulle part ces maladies ne sont aussi fréquentes et aussi graves qu'autour des étangs et des marécages. Il a été, en outre, remarqué que le voisinage des eaux de la mer et leur mélange avec les terres où séjourne une quantité de matières animales et végétales, semblaient augmenter l'activité des miasmes producteurs des fièvres intermittentes. Quant à la nature de ces miasmes, je ne puis me dispenser de citer ici les observations récentes qui ont été communiquées, à ce sujet, à la Société de médecine de Gand, par M. Mareska, professeur à l'Université de cette ville, et par M. Morren, professeur à celle de Liége. Malgré les expériences récentes de MM. Boussingault, Chevalier et Raspail, dont la plupart ont été répétées par nous, dit M. Mareska, l'on ne peut s'empêcher d'avouer que les émanations paludeuses doivent encore être considérées comme insaisissables à nos méthodes d'analyse et dont pourtant la composition intime nous échappe. Tout ce que nous en savons, c'est qu'elles sont tenues en suspension dans la vapeur d'eau de l'atmosphère : circonstance propre à faire concevoir l'influence spéciale qu'exercent la chaleur, l'humidité et le froid sur le développement et l'intermittence d'action des effluves paludeux. D'un autre côté, M. Morren regarde la cause productrice des fièvres intermittentes non comme un agent intoxicant insaisissable, mais constituée par des effluves matériels qu'on peut recueillir moyennant certaines précautions et qui se dégagent des matières végétales décomposées dans le sol et répandues dans l'atmosphère. M. Morren compare, sous ce rapport, le territoire des provinces de Liége et celui des Flandres, et il y signale une différence énorme relativement au nombre et à la qualité des plantes qu'on y rencontre. « Il n'y a point, dit-il, dès que vous dépassez vers les Flandres la ligne des hauteurs d'Alost, de petit étang, de vacuole humide sur la terre qui ne fourmillent de conferves de toute espèce,

(1) M. Wemaer, *rapporteur*, et Mersseman, *commissaire*.

d'algues de tous genres. Sur le sol de la province de Liége, il faut voyager des lieues, des journées entières, avant de rencontrer ces plantes, et encore les espèces y sont assez bien restreintes. »

Cette différence dans la constitution géologique et végétale des différents territoires de notre pays nous semble un des principaux éléments dans la solution de la question de l'étiologie des fièvres intermittentes paludeuses.

Du reste, M. De Keuwer observe que la destruction des moëres qui environnaient Furnes, par le défrichement de ses terres incultes et le creusement des fossés qui donnent un libre écoulement aux eaux, que cette destruction a étouffé des foyers permanents d'infection et les germes sans cesse renaissants de la fièvre paludeuse. On sait que ce beau travail du dessèchement des moëres de Furnes fut commencé au 17e siècle, par le célèbre Coberger, peintre d'Anvers, et que ce furent les frères Herwyn qui en achevèrent l'exécution, il y a environ quarante ans. C'est de cette époque que date l'assainissement de cette contrée où se sont élevées un grand nombre des plus belles fermes de notre province.

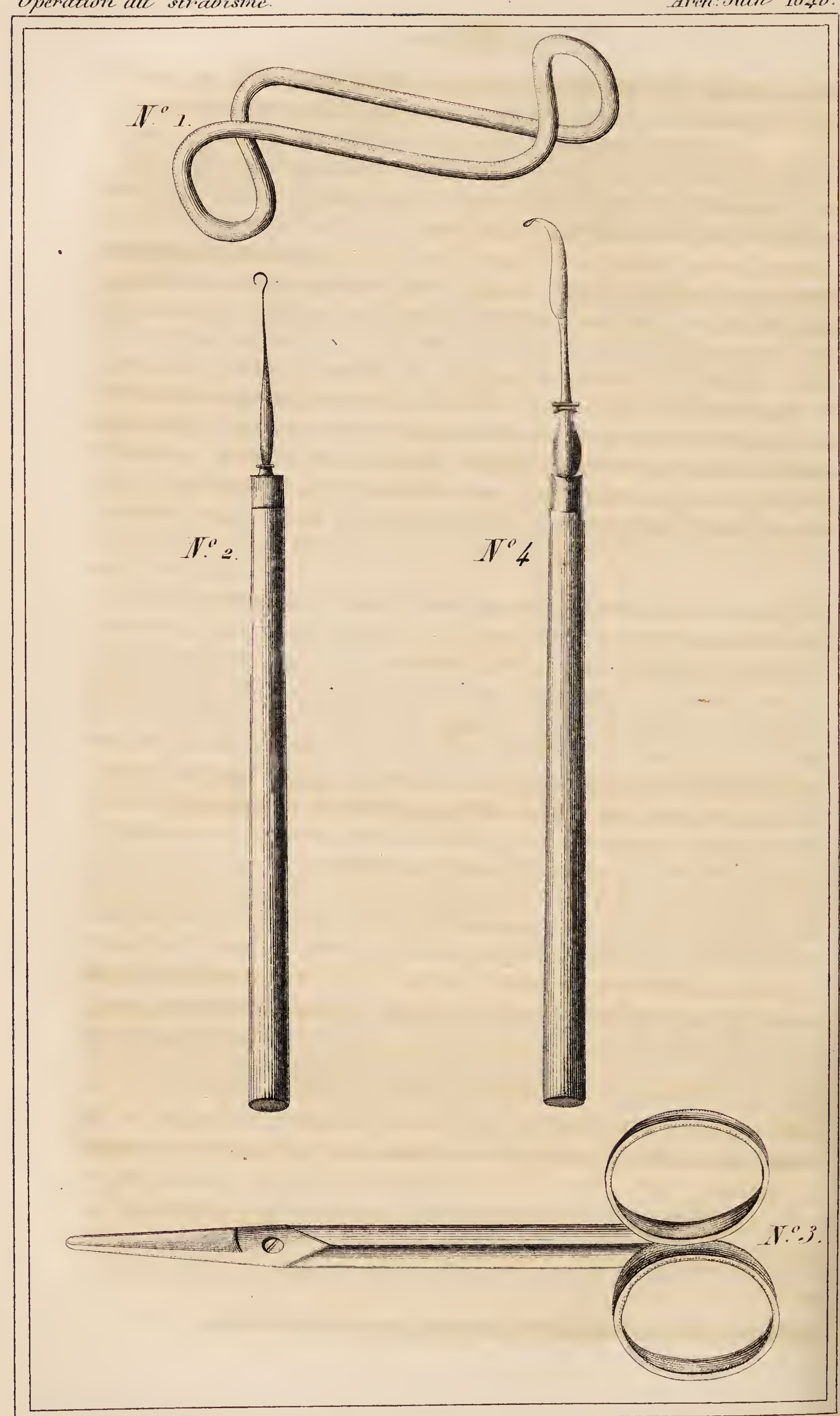
M. De Keuwer émet ensuite quelques considérations sur la nature des fièvres intermittentes qu'il regarde comme une affection nerveuse.

Cette opinion, qui a été soutenue par un grand nombre de médecins dont M. De Keuwer reproduit les arguments, vient de recevoir un nouvel appui de la part de M. Gouzée, médecin militaire à Anvers, qui a récemment fait à ce sujet des observations dont il résulte que lorsque l'on suit attentivement l'action des miasmes qui émanent des substances animales et celles des poisons appliqués sur une surface absorbante ou injectés dans les veines, on parvient à cette donnée probable que la cause prochaine des fièvres périodiques réside dans les nerfs des premières voies. Mais je m'empresse de dire que ces observations sont encore bien insuffisantes pour indiquer la nature et le mode d'action sur notre organisme de l'agent producteur des fièvres intermittentes.

Les symptômes des fièvres intermittentes de Furnes sont ceux qu'on observe généralement ailleurs, durant ces maladies. Ils sont, du reste, peu intenses, et en général les malades peuvent vaquer à leurs occupations pendant l'apyrexie. Presque jamais, depuis 13 ans que M. De Keuwer est établi à Furnes, il n'y a observé des accès de fièvre pernicieuse. Deux fois il a observé des épidémies de fièvres intermittentes, savoir : en 1826 et en 1834.

A l'égard du traitement, M. De Keuwer rappelle les règles de thérapeutique que la généralité des médecins suivent dans l'emploi des préparations de quinquina, qu'il fait assez souvent précéder d'un purgatif.

L'auteur appuie ensuite de quelques remarques et des résultats



C. Vansteenkiste delt. M. Dekl: Sc.

de la pratique, une opinion qui est depuis longtemps celle de tous les médecins instruits de nos contrées, à savoir : que les fièvres intermittentes, malgré les symptômes gastro-intestinaux dont elles s'accompagnent fréquemment, ne peuvent être envisagées comme une irritation inflammatoire de ces organes, et par conséquent ne sauraient réclamer un traitement antiphlogistique.

Enfin, M. De Keuwer termine en observant que les fièvres de cette contrée ne doivent inspirer aucune crainte aux étrangers, dont un grand nombre redoutent encore ce climat à cause de l'insalubrité qu'on lui attribue.

En résumé, Messieurs, le mémoire de M. De Keuwer, sans offrir des vues neuves ou profondes, nous a paru néanmoins une monographie exacte des fièvres qui règnent actuellement à Furnes et dans ses environs, et ce travail nous semble prouver chez l'auteur un esprit observateur et judicieux. Nous avons donc l'honneur, Messieurs, de vous proposer l'insertion de ce mémoire dans les annales de la Société.

NOTICE

SUR

L'OPÉRATION DU STRABISME ET SPÉCIALEMENT SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR EXÉCUTER CETTE OPÉRATION ;

Par C. VANSTEENKISTE,

Chirurgien-accoucheur du bureau de Bienfaisance ; bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale de Bruges, etc.

Tout le monde aujourd'hui s'occupe de la découverte de l'opération du strabisme, qui nous paraît destinée à faire époque dans les fastes de la chirurgie, et qui certes rendra d'éminents services à l'humanité, en guérissant en quelques minutes et sans faire souffrir, une difformité, qui, il n'y a guère que quelques mois, condamnait l'individu à rester incurable pendant toute sa vie.

Le strabisme en général peut être attribué à plusieurs causes, telles qu'une affection cérébrale, et alors il est l'indice d'un état morbide très-grave, ou, encore, à l'existence de vers intestinaux, comme il arrive assez fréquemment chez les enfants.

Dans le premier cas, le strabisme est symptomatique; dans l'autre, il est produit sympathiquement.

Mais ici nous n'allons nous occuper que du strabisme idiopatique, de celui que les auteurs ont nommé spasmodique. Cette altération se contracte souvent par imitation, et il suffit d'un enfant qui louche pour en faire loucher plusieurs. Ainsi, un de nos confrères, M. Claeysens, connaît une famille dans laquelle trois enfants sont atteints de strabisme; deux l'ont contracté par imitation de leur frère aîné. Dans certaines contrées de l'Asie, cette affection est endémique et y passe pour une grande beauté.

La plupart des auteurs qui ont traité de ce défaut de vision, conviennent assez généralement que la cause de cette difformité doit être attribuée à la contraction spasmodique de quelques muscles qui l'emportent sur leurs antagonistes. Pour prouver cette assertion, ils disent que les enfants sont sujets à devenir louches lorsqu'on les allaite toujours avec la même mamelle, ou qu'on les place dans leur berceau de manière à constamment voir la lumière et autres objets de travers. Les muscles, habitués à ce vicieux exercice, tirent les yeux de ce côté. Le spasme d'un muscle qui produit ce strabisme peut aussi être causé par l'action d'un corps irritant sur la conjonctive.

Makensie l'a vu résulter immédiatement, chez un jeune sujet, de l'injection, entre les paupières, de quelques gouttes d'huile essentielle d'écorce d'orange (1).

Antoine Maîtrejean, chirurgien et oculiste du XVIIIe siècle, nie l'opinion précédente et prétend que le strabisme est occasionné par une mauvaise conformation de la cornée transparente, plus tournée d'un côté que de l'autre; et, selon cet auteur, c'est un vice de nature irréparable. L'opinion de cet auteur se trouve cependant détruite par lui-même : car il est dit, au deuxième chapitre de la troisième partie du *Traité des maladies des yeux*, de Palfin (qui est la traduction flamande de l'auteur précité), que du moment que des muscles ou des nerfs, qui servent au mouvement de l'œil, sont détruits, soit par un abcès ou par une

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* (Article strabisme.)

blessure qui pénètre dans l'orbite, qu'alors le globe de l'œil est tiré du côté opposé, comme cela arrive dans d'autres parties du corps, lorsque des muscles ou des nerfs ont perdu leur force contractile par une lésion quelconque (1).

Cette assertion de Maîtrejean est confirmée par M. le docteur Carron du Villards dans son *Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux*, où il dit qu'il a vu produire instantanément un strabisme complet par des blessures des muscles de l'œil.

Delahire attribue le strabisme au défaut de concordance entre les insertions du nerf optique. Cette opinion, ainsi que celle de Maîtrejean, sont inadmissibles, et comme le dit très-bien Boyer, si le strabisme dépendait d'une conformation vicieuse de la cornée transparente ou du point d'insertion du nerf optique, il serait toujours une maladie congéniale, tandis qu'il s'observe souvent quelques mois après la naissance et à des époques indéterminées.

Buffon (2) prouve, d'après un grand nombre d'observations, que la cause la plus ordinaire du strabisme réside dans la force inégale des deux yeux. Cette opinion a encore été soutenue par Home et Wardrop.

Avant de parler de la nouvelle invention, qui consiste dans la section du muscle droit interne de l'œil pour la guérison radicale du strabisme convergent, nous rapporterons quelques traitements qui ont été employés, tant par les anciens que par les modernes, pour guérir cette affection. Ils consistent, pour la plupart, dans des instruments plus ingénieux qu'efficaces; tels sont les masques, les demi-sphères concaves, les tubes noircis, les miroirs en forme de besicles, l'exercice devant le miroir, les mouches de taffetas appliquées vers le côté externe ou interne

(1) Wanneer eenige spieren of zenuwen, die tot de beweging van het oog dienen, afgesneden zyn, gelyk het zomtyds gebeurt in wonden, die doorgaen tot het *oog-hol*, of als ze verteert of weg geknaagt zyn door een etterige stoffe, gelyk door die van een ettergeswel in dit deel, zo word de *oog-bol* getrokken-ner de tegenoverige zyde, gelyk dat geschied in alle andere lidmaten, wanneer eenige spieren of zenuwen teenemael afgesneden, of andersints vernietigt zyn.

(2) *Mémoires de l'Académie des Sciences de Paris*, année, 1743 page 231.

de l'œil, suivant l'espèce de strabisme; l'usage de faire porter de très-larges garde-vue vert, etc.

Ambroise Paré conseille, d'après Paulus Œgineta, l'usage d'un masque qui couvre exactement la moitié de la face et où il y a, au centre des endroits correspondant aux yeux, deux petites ouvertures pour recevoir directement les rayons lumineux. Ce même auteur prescrit encore l'usage de lunettes en corne, également percées au centre, que les modernes nomment besicles (1).

Verduc imagina une espèce de besicles formées par deux petits miroirs inclinés à angle droit et adaptés dans une chasse élastique semblable à celle des lunettes ordinaires. L'inventeur ne cite pas les bons résultats qu'il en a obtenus; mais il est très-probable qu'elles étaient sans efficacité, puisqu'on en a abandonné l'usage; d'ailleurs elles devaient occasionner une sensation pénible, parce que la lumière réfléchie par ces miroirs était constamment dirigée sur les yeux du malade, qui, par conséquent, était forcé de porter ces organes en dehors, afin d'éviter cette impression fatigante (2).

Charles Saint-Yves propose de faire mirer, matin et soir, pendant un quart d'heure, les enfants affectés de strabisme, et de les faire travailler à des ouvrages qui demandent une grande attention.

Il observe encore que ces enfants doivent être forcés à regarder constamment devant eux, pour régulariser leurs yeux et les mettre en harmonie, en leur présentant des objets qui frappent leur attention, et cela dans une direction naturelle et à une distance convenable.

L'application sur les yeux de remèdes spiritueux, afin de fortifier les muscles affaiblis, est aussi conseillée par lui : à cet effet il se servait avec beaucoup de succès de l'*eau de la reine* et du *baume de Fioraventi*, avec lequel il faisait frictionner, trois fois par jour, le front, les tempes et les paupières. L'auteur n'est pas partisan des besicles, parce que, dit-il, il arrive souvent que les

(1) *OEuvres d'Ambroise Paré*, livre XXIII, Lyon 1641.
(2) Verduc, *pathologie*, Paris 1710, 2 vol. in-12.

louches ne regardent que d'un œil, tandis que l'autre conserve sa position vicieuse (1).

Buffon partage l'opinion de Saint-Yves, et conseille également d'obliger les enfants de regarder souvent dans un miroir (2) : le célèbre naturaliste dit encore avoir obtenu de bons résultats en couvrant, pendant quelque temps, le bon œil d'un bandeau d'étoffe noire dans le but de fortifier l'œil affaibli qui, de cette manière, est obligé d'exécuter à lui seul les fonctions de la vision.

Il faisait parfois porter à ses malades des lunettes dont l'un des verres était plan et l'autre convexe : le premier de ces verres devait être placé devant l'œil affaibli, tandis que le second devait servir pour l'œil sain. Parfois il faisait usage du bandeau et des lunettes que les malades portaient alternativement (3).

Weller, pour combattre le strabisme divergent, avait imaginé un cône creux de carton dont la base embrassait les deux yeux; il y avait une ouverture au sommet, qui se trouvait vis-à-vis le nez, c'est-à-dire en dedans des deux yeux (4).

Dans la *Revue médicale française et étrangère* (n° de septembre 1829), l'on trouve une observation physiologico-pathologique sur le strabisme, où le professeur Rossi de Turin conseille l'emploi de lunettes opaques et seulement percées de deux ouvertures linéaires, dont l'une se trouve dans le sens de l'œil dévié.

C'est encore dans ce but qu'ont été préconisées les coquilles de noix, percées d'ouvertures étroites du côté où l'on voulait attirer les yeux; ainsi que les lunettes noircies, excepté dans un seul point, ou d'autres, dont les verres présentaient une coupe oblique qui leur donnait une épaisseur inégale : mais tous ces instruments, comme chacun le conçoit, ne sont que des modifications des besicles d'Ambroise Paré.

(1) *Nieuwe verhandeling over de ziektens der oogen, door de Saint-Yves.* Leyden 1739, (traduit du français).

(2) *Dictionnaire portatif de chirurgie*, par Louis, Paris 1772.

(3) *Dictionnaire portatif de chirurgie*, ou tome 3me du *Dictionnaire de santé*, par Sue (jeune), Paris 1777.

(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*

Une observation de M. le docteur Cavara, insérée dans le *Journal hebdomadaire* (année 1836), fait voir que ce médecin a employé avec succès la galvo-puncture, dont Boyer avait déjà reconnu l'efficacité.

On a aussi administré contre cette affection beaucoup de remèdes qu'on dirigeait contre la paralysie, dont on croyait atteints les nerfs et les muscles de l'œil, dans le strabisme; tels que les vapeurs de succin, de benjoin, de résine, l'alcool camphré, les vésicatoires à la nuque, les vomitifs, les purgatifs, etc.

Sans nous attacher davantage à ces différents traitements, nous allons nous occuper de l'importante opération du strabisme, dont déjà plusieurs praticiens prétendent être les inventeurs; nous ferons remarquer ici que l'examen raisonné des faits signalés par Palfin et cités plus haut, aurait pu depuis longtemps, conduire les chirurgiens à la découverte de l'opération du strabisme.

Quant à l'origine de cette opération, nous pensons que la conception en est due à M. le docteur Strohmeyer et que M. Dieffenbach a eu les honneurs de l'avoir exécutée le premier. Du reste, cette opération se rattache à la belle méthode chirurgicale de la myotomie et de la ténotomie, qui a été si généralement et si utilement appliquée, depuis les récentes observations des chirurgiens allemands que nous venons de citer et surtout celles de quelques praticiens français, parmi lesquels M. le docteur Jules Guérin doit être placé au premier rang.

Du reste, peu nous importe, pour le moment, à qui revient la priorité dans l'exécution de l'opération du strabisme. La première connaissance que nous en avons eue ç'a été par le Journal de médecine pratique, de la *Société de médecine de Bordeaux* (n° d'avril 1840, page 255), ainsi que par celui des *Connaissances médico-chirurgicales* (Paris, année 1840, page 172). Ces deux journaux ont reproduit le compte rendu de la séance de l'Académie des Sciences de Paris, du 5 février dernier, où il a été donné communication d'une lettre de M. le docteur Dieffenbach, sur une nouvelle opération pour guérir le strabisme. Dans cette lettre il est dit, que ce chirurgien de Berlin vient de faire, dans trois cas, cette opération avec succès. « Voici le procédé opé-

ratoire qu'il a employé dans ces trois cas : les paupières étant écartées par des crochets, il enfonce dans la conjonctive de l'angle interne de l'œil un petit crochet bien pointu qu'il remet ensuite entre les mains d'un aide. Il tire alors le globe de l'œil en dehors et coupe d'abord la conjonctive, en pénétrant de plus en plus dans la profondeur, jusqu'à ce qu'il rencontre le muscle droit interne qu'il coupe aussitôt avec des ciseaux fins.

Les individus opérés par M. Dieffenbach avaient, le premier sept ans; le second, dix; et le troisième, quinze : tous louchaient en dedans. L'hémorrhagie n'a été considérable chez aucun d'eux, et l'inflammation a été fort peu intense. Le reste du traitement consistait dans l'application de compresses froides.

Ces trois malades ont été complétement guéris en huit jours, sans aucune trace de strabisme. »

Voilà ce qui nous a donné l'éveil et c'est depuis ce temps que nous nous sommes mis en devoir d'essayer cette opération sur le cadavre, ce que tout praticien consciencieux doit faire et non pas de suite expérimenter sur des malheureux lorsque la réussite est encore incertaine. C'est en agissant de la sorte, que nous ne nous sommes pas exposés à devoir faire des incisions mal à propos, comme il est déjà arrivé à d'autres praticiens, et que nous avons acquis la conviction de la possibilité de cette opération pour guérir le strabisme. Depuis ce moment, nous avons tâché de simplifier autant que possible cette opération.

A cet effet, quelques membres de la *Société médico-chirurgicale* de cette ville, MM. De Meyer, Verté, Claeysens, Verriest et moi, nous nous sommes concertés pour modifier le procédé opératoire, qui, selon nous, n'était pas d'une exécution aussi facile qu'on aurait pu le croire, et ce n'est qu'après plusieurs essais que nous nous sommes décidés à faire confectionner un instrument qui remplit parfaitement et avec la plus grande facilité le but que nous nous étions proposé.

Il nous reste maintenant à décrire le procédé opératoire, pour lequel on se sert de quatre instruments, savoir : 1° l'élévateur de Pellier; 2° l'érigne ou coréoncion de Walther; 3° une paire de petits ciseaux à pointes mousses; 4° un petit bistouri courbe tranchant sur son bord concave et terminé par un petit bouton

aplati sur les côtés, inventé par nous (1). (Voyez la planche lithographiée d'après un dessin que j'ai fait, et qui représente fidèlement les instruments dont nous nous servons.)

Pour exécuter cette opération, le malade doit être assis en face d'une croisée bien éclairée, mais de manière cependant que le jour ne tombe que latéralement sur l'œil qu'on veut opérer, comme pour l'opération de la cataracte. Il est aussi de rigueur de couvrir d'un linge l'œil qu'on n'opère pas ; supposons que l'on veuille opérer l'œil droit qui est le plus facile pour le praticien qui n'a pas l'avantage d'être ambidextre ; à cet effet, un aide, placé derrière le malade, sera chargé de fixer la tête contre sa poitrine et de soulever en même temps avec l'élévateur, la paupière supérieure, un second aide placé à côté du malade déprime la paupière inférieure. L'opérateur, placé en face du patient lui recommande de tourner l'œil autant en dehors, qu'il lui est possible, et au même instant il accroche avec l'érigne la conjonctive oculaire, à trois ou quatre millimètres de la cornée transparente, qu'il retire de dedans en dehors et d'arrière en avant ; lorsqu'on opère sur l'œil gauche et que le praticien n'est pas ambidextre, il confie l'airigne au second aide (celui qui se trouve à côté du malade), qui la doit tenir invariablement ; la conjonctive ainsi retirée, on l'incise en une fois et dans la direction verticale avec les ciseaux entre l'instrument et la caroncule lacrymale ; cette incision met à nu le muscle droit interne, entre lequel et la sclérotique on passe le petit bistouri qu'on fait basculer en ayant la précaution de le tirer vers soi ; de cette manière s'opère la section du dit muscle, et on voit au même instant le globe de l'œil prendre une direction droite.

Si on ne pouvait faire la section du muscle avec le bistouri, ce qui ne nous est pas encore arrivé, on a toujours l'avantage de le pouvoir emmener au dehors avec le bistouri, à côté duquel on peut faire la section à l'aide des ciseaux.

(1) Nous pensons sans craindre d'être taxés de néologisme, pouvoir proposer, pour cet instrument, le nom de *strabotome* (des mots grecs στραβος louche, et τέμνω, je coupe, j'incise) et pour l'opération elle-même celui de *strabotomie*. Ces dénominations nous paraissent indiquer d'une manière courte et exacte, les objets auxquels elles s'appliquent.

C'est par ce procédé que nous avons, depuis deux mois, opéré plusieurs individus affectés de strabisme, qui tous ont été guéris du sixième au dixième jour, sans que nous ayons vu survenir des complications, si ce n'est une légère conjonctivite, qui, chaque fois, a cédé à des fomentations d'eau froide et un régime adoucissant. Chez aucun des opérés nous n'avons vu survenir d'hémorrhagie.

Bruges, le 7 juillet 1840.

NOTICE

SUR LES

EFFETS SALUTAIRES DU BAUME OPODELDOCH DANS LES CAS DE CARIE ;

Par le docteur VAN DEN BROECK,
Médecin-adjoint à l'hôpital militaire de Mons.

Mon père, médecin principal de l'armée, ayant déjà obtenu de bons effets de l'emploi du *baume Opodeldoch* dans les cas d'ulcères avec trajets fistuleux et carie, je crois devoir signaler ce moyen en indiquant deux circonstances dans lesquelles on s'en est servi avec un avantage bien remarquable.

Le nommé Deltour, Joseph, âgé de 59 ans, ancien soldat, actuellement infirmier à l'hôpital militaire de Mons, se blessa, il y a deux mois environ, avec un morceau de fer aigu qui pénétra dans le doigt indicateur droit et dont, à ce qu'il paraît, un fragment demeura dans la plaie. Peu d'heures après, se manifestèrent un gonflement considérable et une douleur des plus vives qui s'aggravèrent d'une manière fâcheuse nonobstant l'usage réitéré des antiphlogistiques généraux et locaux, et qui, presqu'aussitôt, furent accompagnés de soif, d'insomnie, d'agitation du pouls, en un mot de tous les phénomènes sympathiques qu'éveille presque toujours une douleur cuisante. Cette douleur, ces phénomènes sympathiques ne furent mitigés que par l'ouverture de l'abcès qui s'était formé dans la gaîne du tendon fléchisseur.

Malgré les soins les plus assidus, l'inflammation et l'ulcération des parties molles ne tardèrent pas à porter leur influence sur les phalanges dont la carie fut facilement appréciable après vingt jours de maladie, et ces accidents, en dépit des applications les plus rationnelles, prirent un caractère qui, pour chacun de nous, rendit de jour en jour les chances de guérison moins probables, et ne nous offrit plus bientôt qu'une seule ressource, l'ablation complète du doigt malade.

En effet, deux trajets fistuleux étaient établis sur cette partie

étrangement défigurée et garnie de chairs fongueuses, blafardes, d'où s'écoulait une suppuration abondante, sanieuse, noirâtre, qui ne laissait aucun doute sur la nature de l'affection des os sur lesquels d'ailleurs on faisait facilement arriver le stylet et autour desquels le pus avait fusé en plusieurs points, de manière à les dénuder presque complétement. En vain, les moyens détersifs furent substitués aux antiphlogistiques impuissants, en vain, employa-t-on le styrax et d'autres topiques analogues, l'aspect de la plaie resta le même et l'amputation métacarpo-phalangienne devint de plus en plus imminente.

Dans cet état de chose, mon père fut consulté par le médecin de bataillon chargé du service chirurgical dans son établissement, et tout en reconnaissant avec lui un cas d'amputation, il ne voulut néanmoins recourir à cette dernière ressource qu'après avoir tenté un moyen, qui dans un cas plus désespéré, lui avait parfaitement réussi. D'ailleurs chez un homme doué d'une constitution robuste et d'une bonne santé, cette désorganisation locale et toute traumatique ne pouvait pour quelque temps compromettre son existence.

En conséquence, l'on débrida en tous sens le doigt tuméfié jusque sur l'os, dont on mit ainsi presqu'à découvert les portions malades et le dégorgement opéré, il fut pansé avec des plumasseaux de charpie imbibés d'un mélange de parties égales de *baume Opodeldoch* et d'huile de lin. Cette mixture causa au patient une douleur assez forte et la partie devint le siége d'une vive chaleur. Le lendemain et les jours suivants le même topique fut continué.

Bientôt par l'emploi de ce remède, la plaie prit un aspect satisfaisant. Ses parois fortement excitées ne tardèrent pas à se rapprocher, et la suppuration moins abondante perdit de plus en plus ses mauvais caractères. Peu à peu donc la cicatrisation s'opéra du centre vers la circonférence, et ne fut ralentie que par l'exfoliation partielle de la partie des phalanges mise à nue.

Après la sortie de plusieurs petites esquilles le rapprochement des bords de la plaie s'effectua de jour en jour davantage et à présent la guérison est obtenue, grâce à l'emploi d'un agent qu'aucun auteur, n'indique que je sache du moins. Ainsi l'infirmier

Deltour conservera son doigt, que pas un seul de nous n'eût consenti à lui laisser, tant les accidents militaient en faveur d'une amputation. Ce doigt, il est vrai, restera dans un état de roideur permanente, mais ce résultat, on doit en convenir, est infiniment préférable à une mutilation. D'ailleurs, qu'on se le rappelle, le but de la chirurgie est, autant que possible, de conserver et non de détruire. Ce cas me paraît de nature à devoir fixer l'attention des praticiens sur les plus faibles chances qui peuvent faire éviter une amputation. En effet, à part les affections qui ont leur siége dans de grandes articulations, à part celles qui occupent de trop larges surfaces, ou dont les souffrances peuvent, en se propageant au loin, atteindre des organes importants; à part, en un mot, les accidents dont on redoute avec raison, soit les réactions sympathiques, soit la suppuration abondante, à part ces cas, dis-je, je pense qu'on ne peut en général, que gagner en temporisant, car les avantages de l'amputation sont toujours là et ne failliront jamais, à moins que les circonstances ne soient telles qu'elles menacent la vie du sujet.

En faveur de cette temporisation que j'invoquerai chaque fois qu'elle me paraîtra possible, je puis encore citer un autre fait de beaucoup antérieur au précédent et qu'on eût publié si, à l'époque de son observation, il n'eût été le seul de ce genre.

Il s'agit d'un certain Dewacq, caporal au 4e de ligne, qui se trouvait à l'hôpital militaire de Tournai, lorsqu'en novembre 1817, mon père fut chargé du service chirurgical de cet établissement. Cet homme atteint depuis longtemps de carie aux os du tarse et métatarse du pied droit, avait essuyé tous les traitements rationnels sans qu'aucun d'eux eût produit une amélioration sensible. Épuisé par une suppuration abondante, sanieuse et fétide, miné par une fièvre hectique, sa constitution s'était détériorée progressivement, et à tel point que des abcès se manifestèrent à la cuisse et à la jambe droites; que ses voies digestives s'entreprirent de plus en plus; que des diarrhées et des sueurs colliquatives l'amenèrent au dernier degré du marasme et qu'enfin à l'époque où mon père le vit, il n'avait plus la force nécessaire pour subvenir aux frais d'une amputation.

Dans cette fâcheuse occurrence, voulant tenter un dernier moyen qui lui avait déjà réussi dans des cas moins graves, mon père mit à nu les os cariés et les couvrit ainsi que tout le pied de larges plumasseaux enduits du mélange balsamique indiqué plus haut, en même temps qu'il s'efforça de rétablir la constitution du malade par des moyens hygiéniques et thérapeutiques appropriés à son état.

Tout commentaire devenant ici inutile, je me contenterai de dire que la médication réussit, que le succès fut complet, et que le caporal Dewacq que l'on croyait perdu, est sorti guéri de l'hôpital.

Mons, le 30 juin 1840.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ADDITION AU MÉMOIRE SUR LA CIRRHOSE DES REINS ET A CELUI SUR LE RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU (1).

Par M. GLUGE,

Je pense qu'il sera désormais impossible de dire, comme l'a fait M. Henle, qu'on pourrait confondre les cellules des canaux urinifères avec les globules composés. Du reste, ces derniers, comme je l'ai dit expressément, avaient été observés plusieurs fois *dans les vaisseaux sanguins*, de manière qu'une partie du vaisseau contenait encore du sang rouge. Une erreur était donc impossible.

Un extrait ou plutôt une critique de mon mémoire sur le ramollissement du cerveau a été inséré dans les *Archives générales de médecine* (Paris, juin 1840) : l'auteur a donné un aperçu tellement superficiel de mon travail, et ses remarques dénotent si peu l'habitude des recherches d'anatomie pathologique, faites à

(1) Errata. Je prie le lecteur de corriger une erreur qui s'est glissée dans les chiffres de l'explication de la planche page 89,
au lieu de figure VI, lisez figure IV,
au lieu de figure VII, lisez figure VI,

l'aide du microscope (1), que je crois inutile de réfuter ses arguments. Lorsque l'on veut porter un jugement impartial, il ne suffit pas d'émettre des doutes sur les opinions d'un auteur, il faut citer des faits qui soient de nature à les infirmer.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Nos de février, mars, avril et mai (2).

Ces nos contiennent.

1° Lettres 2e et 3e sur l'Italie ; par M. J. Guislain. 2° Études sur les maladies des organes des sens ; par le docteur J. E. Pétrequin. 3° Résultats obtenus de l'administration du quinquina dans les fièvres typhoïdes qui ont régné à Gand pendant la période de 1817-1820 ; par M. le docteur Van Lokeren. 4° Scarificateur urétral propre à remplacer le coupe bride de M. le docteur Amussat, note présentée par M. le docteur Sotteau. 5° Rapport à M. le Ministre de l'intérieur sur l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes du Hainaut et du département du Nord, pendant les mois de juin et juillet 1838 ; par M. le docteur François. 6° Empoisonnement par l'acide arsénieux emploi de l'hydrate de peroxide de fer ; guérison. Observation communiquée par M. le docteur Ansroul. 7° Observations sur l'emploi du nitrate d'argent en injections dans les écoulements blennorrhagiques invétérés ; par M. le docteur J. R. Marinus. 8° Mémoire sur la superfétation ; par le docteur Roy. 9° Propositions physiologico-pathologiques sur la fièvre typhoïde ; par M. le médecin principal Fallot. 10° Mémoire sur la forme intermittente comme terminaison dans les maladies ; par M. le docteur Félix Binard. 11° Considérations sur les fonctions et sur les maladies du cervelet ; — Observation de ramollissement du cervelet : — Observation de tubercule développé dans le cervelet ; par le même.

(1) S'il en était autrement, l'auteur de l'article aurait-il pu demander de quelle manière nous nous sommes convaincu des changements des canaux nerveux ? N'avons-nous pas dit, dans notre introduction, que dans tous ceux observés par nous, il était toujours resté des endroits sains comme points de comparaison ? Il aurait dû, d'ailleurs, se rappeler que c'est seulement dans *quelques* observations que nous avons cité ce changement. Il ne nous demanderait pas non plus, comment des agglomérations de globules de 1/30 de millimètre peuvent se former dans les vaisseaux capillaires. Ne les a-t-il donc jamais mesurés au microscope ?

(2) L'abondance des matières ne nous a pas permis de donner plus tôt l'analyse de ce journal.

DEUXIÈME ET TROISIÈME LETTRES MÉDICALES SUR L'ITALIE;

Par M. GUISLAIN,
Professeur à l'université de Gand, etc.

Nous avons donné l'analyse, dans le 1er volume des Archives, de la première lettre de M. Guislain, sur l'Italie : dans sa deuxième lettre, l'auteur passe successivement en revue tous les hôpitaux, les établissements charitables et les institutions scientifiques de ce pays. Nous ne le suivrons pas dans tous ces détails, il faudrait reproduire son travail en entier; nous nous bornerons donc à en résumer les points principaux.

Après avoir indiqué pour chacune des villes qu'il a visitées, le nombre des établissements de bienfaisance qu'elles renferment, leur destination et leur population, M. Guislain décrit leur situation, leur forme, le plan d'après lequel ils sont construits, leur distribution intérieure et leurs dispositions particulières : il cite l'année de leur fondation, les noms de leurs fondateurs et ceux des médecins et chirurgiens auxquels sont confiés les divers services. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'uniforme des malades et celui des gens de peines, attachés à ces divers établissements, ainsi que les prix des différents objets d'ameublement, etc., qui ne soient minutieusement indiqués par l'auteur.

Plusieurs établissements charitables de l'Italie possèdent des cabinets d'anatomie pathologique ou d'autres collections: M. Guislain énumère les pièces curieuses qu'ils renferment, fait ressortir leurs avantages et signale les vides qui s'y font remarquer.

Enfin l'auteur cite le nom des principales Universités de l'Italie, donne le chiffre de leurs élèves et celui des professeurs qui composent les Facultés de médecine, et indique les cours dont ils sont chargés.

La troisième lettre de M. Guislain renferme quelques renseignements sur la Suisse; sur les mœurs, les goûts et les tendances des habitants de ce pays.

Il cite les noms des hommes qui, sous le rapport des sciences médicales, ont illustré l'Helvétie, et entre dans de longs détails

sur ses établissements de charité qui, en général, n'offrent rien de remarquable.

L'auteur termine sa lettre par un exposé de nos tendances et de nos besoins généraux.

RÉSULTATS OBTENUS DE L'ADMINISTRATION DU QUINQUINA DANS LES FIÈVRES TYPHOIDES QUI ONT RÉGNÉ A GAND PENDANT LA PÉRIODE DE 1817 A 1820;

Par M. VAN LOKEREN, médecin en chef de l'hôpital civil de Gand, etc.

Cet article, qui est lui-même un extrait d'un mémoire et d'un rapport inédits, n'est guère susceptible d'analyse; toutefois, comme il offre un certain degré d'importance, considéré au point de vue pratique, nous allons en extraire textuellement les réflexions les plus remarquables.

« Le passage des fièvres typhoïdes à l'état rémittent et intermittent n'est pas, dans les provinces que nous habitons, un phénomène rare, et plus que partout ailleurs, l'emploi du quinquina doit promettre chez nous des succès dans le traitement de ce genre d'affections.

Nous avons eu occasion de constater les bons effets de ce médicament, lors du typhus épidémique qui a régné dans notre ville et les lieux environnants, pendant les années 1817, 1818, 1819 et 1820, et qui a fait affluer dans l'hôpital civil de Gand un nombre considérable de malades, et a atteint la plupart des élèves et des sœurs infirmières.

Le quinquina était administré dès le quatrième ou le cinquième jour de l'invasion de la maladie, et le malade était préparé à cette médication en faisant un usage préalable, soit de purgatifs, soit de vomitifs, soit quelquefois de la saignée générale, suivant que l'état des voies gastriques ou du pouls indiquaient l'emploi de l'un ou de l'autre de ces agents.

Les rémissions se déclaraient, dans les maladies dont il s'agit, régulièrement dans le principe du mal, tous les jours, entre quatre et cinq heures du matin, et quelquefois plus tôt : alors la chaleur cutanée était beaucoup diminuée, quelquefois presque

naturelle; il y avait une légère moiteur à la peau; la langue était plus humide, la soif moins forte, le pouls beaucoup moins fréquent que la veille, ne donnant souvent que 90 à 100 pulsations par minute; il était mou, mais souvent faible; l'accablement et la lassitude étaient fortement diminués; le malade ne se plaignait pas, ou très-peu, de la tête; la respiration était libre, le ventre naturel; les idées confuses de la veille et de la nuit étaient remplacées par la présence d'esprit; en un mot, il y avait une diminution remarquable de tous les symptômes.

C'est dans ce moment que le quinquina rouge était prescrit à la dose de six drachmes au moins, données aux adultes en trois ou quatre prises, le matin entre cinq et huit heures.

Dans quelques circonstances, cette première dose du fébrifuge ne détermina qu'un léger amendement des symptômes. La même dose de kina était donnée dans le moment de la rémission et continuée ensuite tous les matins, pendant quelques jours, à la dose d'une demi-once ou plus, et était remplacée par la décoction de quinquina, lorsque le malade cessait de prendre le médicament en poudre. C'est ainsi qu'il fixa entièrement les accès de cette fièvre, rémittente de sa nature, et préserva les patients d'une affection typhoïde ou putride, vers laquelle ils auraient été conduits par la débilité générale, occasionnée par la continuation de la fièvre. — Il est arrivé plusieurs fois de voir, lors de cette épidémie, que les malades soumis à ce traitement se promenaient dans les salles couverts de pétéchies, et sans montrer le moindre symptôme fébrile. La moiteur de la peau, la diminution de la chaleur et les autres signes de la rémission existaient, quoique le pouls restât fréquent; et cet état du pouls seul ne contre-indiquait pas l'administration du kina. La rémission dans ces fièvres se manifestait le plus distinctement chez les femmes et les enfants et chez les hommes d'une constitution lymphatique. — L'usage du fébrifuge était proscrit toutes les fois et aussi longtemps qu'il y avait des phénomènes indiquant un état inflammatoire. Plusieurs cas tirés de notre pratique n'ont laissé aucun doute sur l'excellence de cette méthode et sa supériorité sur tous les autres moyens proposés dans les mêmes circonstances et à l'époque indiquée. »

A l'appui de ses assertions, M. Van Lokeren cite quelques passages du rapport de M. Wauters, qui confirment ce qu'il a avancé dans son mémoire et qui peuvent être résumés comme suit :

La saignée, les émétiques et le kina bien administrés sont les plus grands remèdes dans les fièvres typhoïdes.

Jusqu'à présent on a trop négligé le temps opportun de la rémission.

Si le kina dans ces fièvres n'est pas donné dans le moment propice et à une dose convenable, il peut aggraver beaucoup la maladie, augmenter l'irritation, la chaleur, la fièvre, et enfin déterminer une inflammation avec les suites les plus funestes.

—

SCARIFICATEUR URÉTRAL PROPRE A REMPLACER LE COUPE-BRIDES DE M. AMUSSAT;

Note présentée par M. le docteur SOTTEAU.

Avant de donner la description de l'instrument qu'il a imaginé, et afin de mieux en démontrer la nécessité, l'auteur entre dans quelques considérations sur plusieurs points d'anatomie pathologique et de chirurgie du rétrécissement de l'urètre.

Il s'attache surtout à démontrer les désavantages du coupe-brides de M. Amussat, et indique en quoi consistent les changements qu'il y a apportés.

« Mon instrument, dit-il, est composé d'un tube long de huit à neuf pouces, portant à l'extérieur la division du pouce. Ce tube contient deux mandrins demi-cylindriques, formant par leur superposition une tige arrondie et pouvant glisser l'un sur l'autre. L'un de ces deux mandrins, c'est-à-dire l'une des deux moitiés de la tige, porte à son extrémité antérieure une lentille ayant la grosseur du tube et une ligne à peu près de hauteur. Cette lentille forme à l'endroit de sa jonction avec son mandrin, un angle rentrant un peu aigu. Ce mandrin et cette lentille sont divisés d'avant en arrière par une fente longitudinale d'un pouce et demi. La seconde moitié de la tige diffère en longueur de la

précédente d'un demi-pouce environ vers son extrémité antérieure; elle est destinée à supporter le couteau du coupe-brides. La forme de ce couteau est absolument le profil de la lentille et du mandrin, de manière qu'introduit dans la fente longitudinale qui y est pratiquée, il semble faire corps avec eux; sa longueur est d'un demi-pouce environ, et sa partie tranchante répond à la base de la lentille; il est soudé de champ sur l'extrémité plate du second demi-cylindre, de manière à pouvoir s'engager complétement dans la fente du mandrin qui porte la lentille.

La demi-tige qui supporte la lentille devient cylindrique à son extrémité opposée à celle-ci, dans l'étendue d'une ligne environ; cette dernière partie présente une coulisse longitudinale et supporte un petit disque qui y est fixé au moyen d'un pas de vis.

Le mandrin auquel est adapté le couteau se termine par un parallélipipède qui glisse dans la coulisse dont il vient d'être parlé et présente aussi un pas de vis sur lequel se monte un bouton terminal (1).

Pour employer ce coupe-brides, on l'introduit fermé aussi profondément que possible dans le canal de l'urètre. On fait saillir la lentille en poussant sur le bouton terminal, et on retire ensuite doucement la canule jusqu'à ce que l'on sente une résistance manifeste. Alors on pose l'extrémité du doigt indicateur sur le disque, afin de retenir la lentille en place, tandis qu'au moyen du pouce et du médius, on saisit le bouton terminal et on le tire à soi. Le couteau contenu dans la lentille est entraîné dans ce sens et coupe tout ce qui est devant lui. On fait ensuite rentrer le couteau dans la lentille en agissant en sens inverse, et la lentille elle-même est ramenée à sa position dès qu'on tire le disque à soi, en ayant soin de fixer la canule avec les doigts de l'autre main. On retire alors l'instrument, sans crainte de léser les parties qu'il touche dans son parcours. »

(1) Un bouton fixé au moyen d'une vis sur ce même mandrin et se mouvant dans une glissière pratiquée au bas de la canule, empêche le couteau de venir heurter contre le bord de cette canule.

Après avoir fait ressortir les avantages de son scarificateur, M. Sotteau ajoute que non-seulement cet instrument peut servir à détruire les brides ou valvules qui mettent obstacle au cours des urines, mais encore à scarifier commodément et sûrement le canal de l'urètre dans tout autre genre de rétrécissement où ce traitement serait indiqué.

M. Sotteau termine en disant qu'il a employé son scarificateur dans quelques cas et deux à trois fois avec un succès complet.

RAPPORT A M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR

SUR L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ DANS PLUSIEURS COMMUNES DU HAINAUT ET DU DÉPARTEMENT DU NORD, PENDANT LES MOIS DE JUIN ET JUILLET 1838.

Par M. le docteur FRANÇOIS.

Professeur à l'Université de Louvain, ancien président de la commission médicale de la province du Hainaut, membre de plusieurs sociétés savantes.

La suette miliaire paraît avoir éclaté spontanément dans la province du Hainaut; elle s'est étendue successivement à plusieurs communes belges et françaises.

M. François décrit, d'après les nombreux renseignements qu'il a recueillis, les symptômes, la marche, le traitement et la terminaison de cette maladie qui, sous ces différents rapports, n'a rien d'assez remarquable pour que nous devions nous y arrêter.

La totalité des médecins qui ont été appelés à donner des soins aux individus atteints de la suette miliaire sont d'accord sur sa non-contagion, parce que, dit M. François, la maladie n'a réellement pas passé immédiatement d'une personne à une autre par contact, par les rapports les plus intimes; et cependant il est bien certain, ajoute-t-il, que l'affection, dont le foyer se trouvait à Solre-Saint-Gery, village où existent de vastes carrières et des scieries de marbre, a été transportée de là dans les localités voisines par les nombreux ouvriers qui vont travailler à Solre.

Il a été reconnu que l'épidémie a comme cheminé le long des ruisseaux, parmi cette population qui habite des maisons situées dans des lieux bas, là où l'air n'est pas aussi agité, et, par suite, moins renouvelé.

Quant à son origine il a été impossible d'en assigner la cause.

M. François termine son rapport par l'indication des communes belges et françaises ou s'est montrée l'épidémie, et des rapports entre le nombre des habitants et celui des malades, ainsi que des morts.

—

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; EMPLOI DE L'HYDRATE DE PEROXIDE DE FER; GUÉRISON.

Observation communiquée par M. le docteur ANSROUL, membre correspondant, à Bruxelles.

Le 5 février 1840, un jeune homme de 19 à 20 ans, tenta de s'empoisonner au moyen de l'arsenic. M. Ansroul, appelé quelques instants après observa les symptômes suivants : Traits altérés, yeux injectés, pupilles dilatées; pouls petit et régulier; membres inférieurs froids, peau couverte d'une sueur froide et visqueuse; agitation, mouvements convulsifs des muscles de la face et des extrémités. Fréquemment la tête se renversait sur le dos, et il y avait, en même temps, une roideur extrême des membres; dans les moments de calme, nausées suivies de vomissements d'une matière brunâtre.

Tous ces symptômes se sont dissipés sous l'influence de l'hydrate de peroxide de fer qui fut prescrit à la dose de 8 onces.

—

OBSERVATIONS SUR L'EMPLOI DU NITRATE D'ARGENT EN INJECTION DANS LES ÉCOULEMENTS BLENNORRHAGIQUES INVÉTÉRÉS.

Par le docteur J. R. MARINUS, membre correspondant à Bruxelles.

Le mémoire de l'auteur renferme l'histoire de trois urétrites chroniques guéries par le nitrate d'argent en injection, selon la méthode de M. Serre de Montpellier.

Dans le premier cas, la maladie datait de trois ans; la dose du nitrate d'argent fut poussée jusqu'à 1/3 de grain sur une once d'eau. La guérison fut radicale au bout de huit jours.

Dans le second, le mal datait de près d'un an, et des injections avaient été faites avec le chlorure de chaux et une solution de deuto-chlorure de mercure. La dose du nitrate d'argent fut poussée jusqu'à un grain, et la guérison ne se fit pas attendre plus de quinze jours.

Enfin dans le troisième cas, la maladie durait depuis un an. La dose du médicament n'alla pas au delà d'un demi-grain et l'écoulement disparut au bout de 12 jours.

MÉMOIRE

SUR LA SUPERFÉTATION;

Par le docteur ROY, membre correspondant à Lyon.

L'auteur après avoir rapporté les diverses opinions qui ont été émises sur ce phénomène, examine s'il y a une époque dans la grossesse, passée laquelle il ne puisse plus avoir lieu. Ici existe encore, à cet égard, une grande divergence d'opinions : M. Roy les passe successivement en revue, puis interroge les faits et arrive, après un examen minutieux, à la conclusion suivante :

La superfétation est un fait bien constant, bien avéré, non seulement dans les cas cités par les auteurs, mais elle peut encore avoir lieu dans une matrice simple.

PROPOSITIONS

PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUES SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE;

Par M. le médecin principal FALLOT.

1re *Proposition.* La fièvre typhoïde reconnaît pour cause prochaine une altération du sang.

2me *Proposition.* Cette altération est, jusqu'à ce jour, inconnue

dans son essence : l'examen microscopique et l'analyse chimique du sang des typhysés ont pu démontrer qu'il est dévié de son état normal, mais n'ont pas encore dévoilé quelle était la cause de cette déviation. On ne saurait dire si elle est toujours et partout la même ou si elle est différente suivant les cas.

3me *Proposition.* Il y a cependant des raisons fondées de croire qu'elle est toujours la même.

4me *Proposition.* Quoi qu'il en soit, elle paraît avoir une influence spéciale sur la membrane muqueuse de la terminaison de l'intestin grêle, et y produire dans le plus grand nombre de cas un exanthème interne tout comme la variole, qui est également une altération humorale, en détermine un externe dans les follicules muqueux de la peau.

5me *Proposition.* Elle est ou *primitive*, c'est-à-dire indépendante de toute altération préalable des solides, et produite alors par l'introduction directe ou la rétention immédiate dans le sang de substances réfractaires aux actions hémostatiques, telles qu'atmosphère impure, effluves animaux, chyle imprégné de principes putrides, matières excrémentitielles, etc. C'est pourquoi la fièvre typhoïde éclate de préférence aux temps de disette, chez la classe nécessiteuse, dans les prisons étroites, les vaisseaux, les hôpitaux encombrés, partout où il y a pénurie de vivres ou d'air : ou *secondaire*, c'est-à-dire, déterminée par un trouble antécédent dans le jeu des solides, tels que des inflammations, spécialement viscérales, quelques sursécrétions morbides, des perturbations passionnelles, surtout dépressives de l'action cérébrale et des fatigues excessives, etc. : aussi n'y a-t-il rien de plus commun que de voir la fièvre typhoïde compliquer les encéphalites, les érysipèles phlegmoneux, les entérites folliculeuses, les grandes opérations chirurgicales, etc., et l'observe-t-on souvent chez des hommes excédés de travail, parmi les soldats, après des marches longues et pénibles, et est-elle prompte à se déclarer et grave chez les individus de ces diverses catégories qui sont peureux et démoralisés.

6me *Proposition.* D'après cela M. Fallot ne peut la considérer comme étant constamment le produit d'un travail inflammatoire, moins encore d'une inflammation à siége toujours le même. Il ne

peut souscrire davantage à l'opinion de ceux qui l'envisagent comme la condition fondamentale et essentielle de toutes les fièvres dites continues, susceptible de varier dans ses expressions et de revêtir les diverses formes des ordres pyrétiques de la monographie philosophique. Il soutient qu'à côté des nombreuses variétés de détail avec lesquelles elle peut s'offrir à l'observateur, elle présente toujours des phénomènes caractéristiques qui lui donnent une physionomie propre et individuelle, et seuls peuvent conduire à la diagnostiquer. Il serait à désirer que les médecins s'occupassent un peu plus du diagnostic de cette affection et un peu moins des altérations cadavériques qu'elle laisse à sa suite. Le vague dont l'acception du mot fièvre typhoïde est entouré ne paraît pas être une des moindres causes de celui qui règne dans la détermination du meilleur mode de traitement.

7me *Proposition.* L'indication curative par excellence que présente la fièvre typhoïde, c'est de ramener le sang à son état naturel, soit en neutralisant par des antidotes les principes étrangers qui altèrent sa composition; soit en les lui enlevant.

8me *Proposition.* Faisons observer que, malgré la prétention affichée par quelques médecins de juguler la fièvre typhoïde, il résulte des observations publiées par eux-mêmes, que chaque fois que cette maladie s'est présentée avec les caractères essentiels qui ont été indiqués plus haut, elle a, malgré leur médication perturbatrice, poursuivi sa marche et parcouru ses phases, et que si souvent celles-ci ont été raccourcies, si celle-là a été régulière après son emploi, il n'est nullement démontré que ces avantages en sont l'effet nécessaire, puisqu'on les voit suivre d'autres fois un traitement perturbateur tout à fait opposé ou une méthode exclusivement expectante.

9me *Proposition.* Quoique une et la même par sa nature, la fièvre typhoïde subit, sous le rapport de ses formes, des modifications suivant l'âge, le sexe, la complexion et d'autres conditions particulières aux individus qu'elle attaque, les saisons où elle paraît, la constitution médicale pendant la durée de laquelle on l'observe, les complications avec lesquelles elle se présente, et d'autres circonstances encore que le médecin devra évaluer.

10me *Proposition.* Dans cet état de choses, et en attendant que l'expérience ait fait connaître des règles de conduite plus précises, le médecin doit se borner, je pense, à puiser les indications dans l'étude la plus scrupuleuse du développement et du cours de la maladie, de la manière dont elle est influencée par les modifications externes, en épiant la naissance de chaque nouveau symptôme, évaluant son importance, s'attachant à saisir les rapports de filiation, qui peuvent exister entre lui et ceux qui l'ont précédé, combattant tous les accidents dont la présence pourrait la compliquer d'une manière fâcheuse, calmant les phénomènes nerveux, réprimant les inflammations viscérales, arrêtant les hémorrhagies ou toute autre évacuation exubérante non critique, excitant ou réfrénant la réaction vasculaire suivant les besoins, s'attachant, en un mot, à détruire tous les obstacles qui pourraient embarrasser sa marche et jeter le trouble ou la langueur dans l'ensemble des mouvements organiques, de cette synergie pathologique dont les efforts tendent à neutraliser ou expulser de l'économie la matière morbifique et à ramener le sang à sa composition naturelle; car c'est à la fièvre typhoïde qu'on peut faire, avec justesse, l'application de cette phrase de Sydenham (de Morbis acutis, cap. II, p. 29, ed. genev.) « primo » quidem adverto inordinatam illam massœ sanguineœ com- » motionem febris hujus seu causam, seu comitem, a natura » comitari, vel ut heterogenea quædam materia in eadem con- » clusa ac ipsi inimica secernatur, vel ut sanguis in novam ali- » quam diathesim immutetur.

—

MÉMOIRE SUR LA FORME INTERMITTENTE COMME TERMINAISON DANS LES MALADIES;

Par M. le docteur FÉLIX BINARD.

On trouve dans les livres de pathologie générale la division classique des terminaisons des maladies en terminaisons par résolution, par suppuration, par induration ou hypertrophie, par la gangrène et par le passage à l'état chronique. M. Binard

croit que dans certaines localités, telles que les Flandres, on peut en ajouter une nouvelle; c'est la terminaison par le passage à l'état intermittent.

Ici l'auteur ne veut pas parler de ces affections rémittentes dont tout le monde connaît et la forme et le traitement; mais il veut indiquer des maladies qui, débutant avec un appareil inflammatoire bien tranché et sous le type continu, tel que le cerveau ou le tube digestif, etc., ne se guérissent pas d'emblée, après avoir été combattues par le traitement antiphlogistique ou tout autre, qu'on a jugé le plus convenable, mais passent à l'état intermittent lorsque les symptômes, accompagnant le mouvement fébrile continu, viennent à diminuer. Cet état de transition semble une nécessité pour arriver à une terminaison finale de la maladie.

L'auteur rapporte à l'appui de son opinion deux cas observés, l'un à Nieuport, l'autre à Ostende, dans lesquels l'estomac et l'intestin étaient le point de départ des symptômes d'irritation connus sous le nom de fièvre bilieuse, etc. — La langue était sèche, la soif vive, la chaleur forte au front; il existait des symptômes cérébraux alarmants. — Le traitement antiphlogistique fut invoqué sans succès, et l'ensemble des phénomènes morbides s'aggrava sous l'emploi de cette médication; mais l'état fébrile tomba vers le soir, la peau se couvrit de sueur, l'urine était hypostatique; il y avait grand affaiblissement général. On donna le sulfate de quinine à haute dose, et tous les symptômes disparurent comme par enchantement.

L'auteur fait ressortir l'importance de l'étude du climat dans le diagnostic des maladies, et dirige l'attention sur les influences épidémiques si capables de changer la nature des affections pathologiques.

M. Binard infère de ce qu'il avance dans son mémoire, que la nouvelle forme qu'il ajoute aux terminaisons des maladies n'est point une distinction sans but d'utilité pratique : car, ajoute-t-il, la nature intermittente d'une maladie étant une fois reconnue, on doit s'empresser, quel que soit d'ailleurs le cortége qui l'accompagne, de recourir au moyen par excellence, le quinquina.

CONSIDÉRATIONS SUR LES FONCTIONS ET LES MALADIES DU CERVELET ;

Par le Même.

(Nous extrayons les passages suivants du rapport de M. Guislain, sur le mémoire de M. Binard.)

L'auteur fait voir l'obscurité qui environne encore la connaissance des fonctions du cervelet; il pense qu'à défaut de ces notions bien des phénomènes appartenant au trouble de cet organe nous échappent dans le cours des maladies; il dit que les vivisections sont loin d'être des moyens sûrs pour arriver à la connaissance de cet état fonctionnel. L'état pathologique peut, dans sa manière de voir, jeter des lumières sur la question.

L'auteur énumère différentes opinions émises sur les fonctions du cervelet : il pense avec M. Flourens que le cervelet sert à la régularisation des mouvements : il apporte à l'appui de son opinion quatre observations dont deux lui appartiennent, et en conclut que les altérations dans les mouvements sont constantes dans les maladies du cervelet.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

EXTIRPATION DE LA GLANDE PAROTIDE;

Par P. VANHAELST,

Vétérinaire de 1re classe au 2e régiment de cuirassiers.

Une plaie farcineuse très-profonde, située sur la joue droite d'un cheval du 2me régiment de cuirassiers, avait occasionné une fistule salivaire au canal de sténon, à l'endroit où ce conduit gagne le muscle maxillo-labial, et avait en outre déterminé la

carie de la portion du maxillaire correspondant au trajet fistuleux.

Convaincu du peu d'effet, pour ne pas dire de l'inutilité de tous les agents locaux conseillés ou employés jusqu'à ce jour en pareille circonstance, je regardai l'extirpation totale de la glande parotide, comme le seul moyen capable d'amener une guérison radicale.

Une telle opération devant avoir des réactions sympathiques très-grandes sur tout l'organisme, j'y préparai l'animal par une saignée générale et deux jours de diète sévère. Ce temps expiré (14 janvier) je tentai l'opération. A cette fin je fis abattre l'animal sur le côté gauche (la glande à extirper se trouvant du côté droit) et maintenir la tête dans un état d'extension tel que le canal parotidien fut très-apparent. Après avoir rasé le poil dans toute l'étendue de la peau qui recouvre la parotide, je fis une incision perpendiculaire à la peau vers le tiers antérieur de cette glande, dans le but de rendre plus facile la dissection de son bord antérieur qui est uni au bord postérieur du maxillaire par un tissu cellulaire dense et serré. Cette incision s'étendait depuis la base de l'oreille jusqu'à l'extrémité inférieure de l'organe à enlever.

Je séparai ces deux portions de peau de toute la surface externe de la parotide qui se trouve alors n'être recouverte que par les muscles sous-cutané de la face et parotido-auriculaire. (Ces deux plans musculaires ne doivent pas être détachés de la surface de la parotide pour deux motifs très-puissants : 1° parce que leur dissection est très-lente, et fait beaucoup souffrir l'animal, à cause de la section des nombreux filets nerveux qui se distribuent dans leurs types; 2° parce que leur conservation est tout à fait inutile, puisque, après l'ablation de la glande, ils ne peuvent se réunir aux parties sous-jacentes, et que la mortification ne tarde pas à s'en emparer).

Un aide muni de deux érignes souleva la peau qui recouvre la partie antérieure de la glande, tandis qu'armé d'un bistouri droit, j'incisai, à partir du nerf facial, le muscle sous-cutané de la face, selon la ligne correspondant au point d'union du bord antérieur de la parotide avec le bord postérieur du maxillaire.

Cette division opérée je pus distinguer le bord antérieur de la glande, et commençai à le séparer du bord postérieur du maxillaire, en procédant de haut en bas, et prenant pour point de départ le nerf facial. Je rencontrai d'abord le tendon aplati du muscle sterno-maxillaire que je séparai de la glande, plus bas se présenta le canal de sténon que je coupai en travers, je ne tardai pas à rencontrer la veine glosso-faciale que je séparai entièrement de tous les points de la glande à laquelle elle adhère, sans que je dusse avoir recours à la ligature, et je continuai la dissection de l'organe jusqu'à son extrémité inférieure.

Je me dirigeai alors vers le bord antérieur de l'apophyse trachelienne de l'atloïde dont je séparai le bord postérieur et supérieur de la parotide. En continuant la dissection, je rencontrai la veine faciale que je détachai, sans avoir recours à la ligature du canal que lui fournit la parotide.

Je séparai alors la face profonde de cette dernière, des parties sous-jacentes, en ayant soin de ménager l'artère faciale et ses divisions. Je renversai la glande sur la région temporale, et continuai à la détacher; arrivé près de l'artère sous-zygomatique du nerf du même nom, et du nerf facial, j'apportai la plus grande attention pour ne pas léser ces parties. Ce dernier obstacle surmonté, j'achevai la dissection de la glande, jusqu'à la base du cartilage cauchinien.

Cette opération fut terminée sans que je dusse avoir recours à aucune ligature.

La plaie résultant de l'opération étant très-profonde, je fis une suture à bourdonnets, afin de maintenir les plumasseaux d'étoupe sèche qui y furent introduits. Ce premier pansement terminé, j'ordonnai les douches d'eau froide sur la partie qui avait été le siége de l'opération, dans le but d'éviter le gonflement inflammatoire, et prescrivis l'eau blanche pour toute nourriture. Trois jours après je fis le second pansement, je trouvai une plaie assez belle et commençant à suppurer, au milieu de la cavité se trouvait la veine faciale, libre de toute adhérence avec les parties environnantes, et n'étant encore recouverte par aucun bourgeon charnu.

Je détergeai la plaie, et y appliquai des plumasseaux impré-

gnés de teinture de myrrhe, et maintenus au moyen d'une suture. Indépendamment de l'eau blanche, je fis donner à l'animal du pain menu coupé, dans le but de borner les mouvements des mâchoires, et de faciliter ainsi la cicatrisation de la plaie.

Le quatrième jour la plaie était vermeille, la veine faciale commençait à se recouvrir de bourgeons charnus, et à adhérer aux parties environnantes. Je pansai avec la teinture de myrrhe étendue d'eau.

Le cinquième jour la plaie continuait d'être vermeille, la veine faciale était recouverte de bourgeons charnus dans toute son étendue, et ses points d'adhérence avec les parties environnantes étaient plus nombreux. (Même pansement, même régime.)

Les 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e, 13e, 14e, 15e et 16e jours, même pansement, même régime.

Le 17e jour la veine adhérait à toutes les parties environnantes, et la plaie était superficielle. Je pansai alors avec des étoupes très-courtes, et fis donner à l'animal une nourriture plus substantielle. (Avoine, foin.) Je fis journellement ce pansement, et le 33e jour la guérison était radicale.

Le canal parotidien fut un peu plus profond du côté opéré, et les mouvements des mâchoires aussi libres qu'avant l'opération.

VARIÉTÉS.

JURISPRUDENCE MÉDICO-LÉGALE.

OBSERVATIONS

POUR

M. FR.-PH.-JOS. CAMBRELIN, DOCTEUR EN MÉDECINE, DOMICILIÉ A NAMUR, DÉFENDEUR EN CASSATION,

CONTRE

LE MINISTÈRE PUBLIC, DEMANDEUR.

Une question qui intéresse l'ordre public au plus haut point, vient d'être soulevée par un incident qui confirme les craintes

que j'eus l'occasion d'exprimer un grand nombre de fois, dans différents recueils périodiques, depuis une vingtaine d'années. Si, comme je n'ai cessé d'en démontrer la nécessité, on avait organisé un service médico-légal près des tribunaux, il ne s'agirait pas aujourd'hui de savoir si les médecins doivent obéir aux réquisitoires lancés par des officiers et des agents de police judiciaire, lorsqu'il est question d'aller à la recherche des preuves d'un corps de délit ou de crime commis contre les personnes, et si l'art. 475 du code pénal est applicable à ceux d'entre eux qui refusent un ministère dont ils croient ne pouvoir se charger, n'importe par quels motifs.

Nous comprenons parfaitement la gravité de la question, et nous sommes loin de vouloir en dissimuler les résultats. Si, d'une part, adoptant notre système de défense basé sur le silence absolu de la loi, l'autorité judiciaire se trouve tout à fait privée des lumières des sciences médicales, évidemment la poursuite des crimes ne peut plus avoir lieu et la vindicte publique se trouvera désarmée en présence des actes les plus révoltants commis contre des membres de la société; mais, d'une autre part, si l'on embrasse l'opinion du ministère public, fondée sur des suppositions, des interprétations, des rapprochements, il sera de toute évidence que l'on accablera de charges injustes, illégales selon nous, des hommes qui occupent une position toute spéciale dans la société, et par cela même que l'on supposera chez quelques-uns d'entre eux une plus grande dose d'instruction, ces quelques *privilégiés* seront exposés à payer à la chose publique une dette exceptionnelle de tous les jours, fort pesante et très-onéreuse, puisqu'elle pourra compromettre leurs intérêts de famille et troubler leurs consciences.

L'une et l'autre hypothèse sont donc également déplorables; mais on doit espérer actuellement que, le vice lui étant juridiquement signalé, le gouvernement avisera aux moyens d'y parer d'une manière convenable.

L'art. 475, n° 12, du code pénal est-il applicable aux médecins qui refusent leur ministère à un officier ou agent de police judiciaire *pour la recherche des preuves d'un crime ou d'un délit?*

Telle est la question posée dans ses termes les plus simples,

les plus exacts, et à la solution de laquelle nous allons nous attacher; mais auparavant exposons les faits qui y ont donné lieu, à l'égard du soussigné principalement.

Le 11 décembre 1839, vers les 4 heures du soir, un agent *subalterne* de la police vint me demander, au nom de son chef immédiat, d'aller procéder à l'ouverture du cadavre d'un enfant nouveau-né, découvert à 7 heures du matin, dans un tas de houille gisant dans l'intérieur d'une usine de la ville de Namur. Il me présenta un réquisitoire, *en blanc*. Sur mon observation que cette pièce ne m'était pas adressée personnellement, il ajouta : que depuis le matin il s'était présenté chez tous les médecins de la ville, et que tous avaient refusé cette charge, y compris même les médecins auxquels, depuis dix ans, le tribunal avait placé sa confiance exclusivement; que le nom de celui qui accepterait serait inscrit sur le réquisitoire, et que l'on y mettrait le mien dans le cas où je consentirais à recevoir la mission que l'on voulait me confier.

Je déclarai n'y être pas disposé, lui disant, toutefois, que j'allais le suivre au bureau de M. le commissaire de police, afin de donner à celui-ci des conseils propres à le tirer de l'embarras où je supposais qu'il devait se trouver momentanément.

C'est ce que je fis aussitôt. Je représentai à celui-ci que s'il était vrai que je me fusse livré à l'étude et à la pratique de la médecine légale pendant 15 années, il n'était pas moins constant que depuis dix ans je ne m'en étais plus occupé; que la science, depuis cette époque, avait dû faire des progrès et que ma conscience ne me permettait point d'entreprendre immédiatement et sans préparation, une série d'opérations aussi graves, aussi difficiles que celles nécessaires pour prouver qu'un enfant avait ou n'avait pas survécu à sa naissance, et démêler la nature des causes auxquelles il avait succombé. J'ajoutais qu'il était tard pour commencer une nécropsie qui devait durer de 5 à 6 heures; que la nuit devant survenir bientôt, il ne me serait plus permis de juger, à la lumière artificielle, l'état des organes dont la couleur, par exemple, était d'une appréciation si difficile; que rien ne pressait : que le corps du délit pouvait rester, sans détérioration, jusqu'au lendemain, et qu'alors on aurait le loisir de s'y

livrer avec fruit; enfin que, dans l'intérêt de la justice, il était plus convenable que le médecin ordinaire du tribunal se chargeat d'une affaire si épineuse, puisque, seul, il en avait conservé l'habitude.

Mon refus n'était donc pas absolu; mais il le devint immédiatement lorsque ce fonctionnaire, pour toute réponse, me menaça, itérativement, de dresser procès-verbal contre moi et de me poursuivre par-devant le tribunal de simple police, si je n'obtempérais pas immédiatement à sa réquisition. C'est alors qu'impatienté de voir le peu de cas qu'il faisait de mes observations, je lui répondis : *dressez votre procès-verbal, je ferai accepter mes motifs d'excuse au juge.*

Par-devant le tribunal, je complettai ma défense, en fait, par les arguments suivants que j'ajoutai à l'exposé ci-dessus. J'y dis :

Que je n'avais pas été requis régulièrement, puisque le réquisitoire qui me fut présenté ne portait pas mes noms, prénoms et qualités, et que si semblable pièce se trouvait au dossier, elle avait été faite après coup; que l'art. 77 du code civil interdisait les inhumations avant que 24 heures ne fussent écoulées après le décès, et que, par induction, il était évident que l'on devait admettre que les dissections étaient défendues, surtout dans les cas de mort subite ou violente dans lesquelles des traces évidentes, extérieures, d'une cause quelconque, ne laissent pas le moindre doute à l'observateur. Ici, la mort ne pouvait dater que de 12 heures environ; aucune trace extérieure ne donnait la certitude d'une mort définitive, incontestable, et le médecin ne pouvait obéir à un réquisitoire qui était une atteinte formelle aux lois sur les inhumations, sans se rendre lui-même complice d'une infraction à l'art. 77 précité.

J'ai soutenu, enfin, par des arguments qui seront mieux placés ci-après, l'inapplicabilité de l'art. 475 du code pénal.

Malgré tout ce qui précède, le tribunal de simple police a cru devoir rendre, le 9 janvier 1840, le jugement suivant :

« Le tribunal, vu les pièces, *ouï les témoins en leur déposition*, le prévenu en ses moyens de défense, et statuant sur les conclusions du ministère public;

» Attendu qu'il résulte d'*un acte signé de M. le commissaire de police de la ville de Namur,* que le prévenu a été requis, dans la soirée du 11 décembre dernier, de procéder à l'autopsie du cadavre d'un enfant nouveau-né et décédé immédiatement la nuit dernière, à ce qu'il paraît, par *le fait d'un crime;* que le commissaire agissait en cette circonstance comme officier auxiliaire du procureur du roi, en vertu de l'art. 414 du code d'instruction criminelle;

» Attendu que *la vérification était urgente* pour constater un corps de délit qui devait servir de base à une instruction criminelle, que cette vérification était *une exécution judiciaire* dans le sens de l'art. 475 du code pénal; qu'en effet les mots *exécution judiciaire* sont ici l'équivalent de tous actes de l'autorité judiciaire et ne doivent pas être restreints aux exécutions de jugements; termes dont s'est servi le législateur toutes les fois qu'il s'agit d'exécuter les sentences de la justice;

» Attendu qu'il résulte de l'instruction que le prévenu a formellement refusé d'obtempérer à la réquisition qui lui a été faite;

» Attendu que l'arrêté royal du 15 juillet 1818, invoqué par le prévenu, ne peut excuser son refus parce que cet arrêté n'a jamais reçu d'exécution à Namur, où personne n'a été spécialement commis pour procéder à l'autopsie des cadavres; qu'ainsi on y est resté dans le droit commun et sous l'application générale de la loi;

» Attendu, enfin, que *la modicité du salaire accordé par le tarif* ne peut être prise en considération par la raison que la profession de docteur en médecine et en chirurgie constitue *un état privilégié* auquel le législateur a pu imposer *certains sacrifices* dans l'intérêt de la société et de la vindicte publique, comme il l'a fait à l'égard des avocats, par l'art. 294 du code d'instruction criminelle;

» Et vu l'art. 475, n° 12, du code pénal, et 162 du code d'instruction criminelle, desquels il a été donné lecture à cette audience par le président, et qui sont ainsi conçus :

» Art. 475. Seront punis d'une amende de 6 fr. jusqu'à 10 fr. inclusivement : n° 12, ceux qui, *le pouvant,* auront refusé ou

négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, naufrages, inondations ou autres accidents, ainsi que dans le cas de brigandages, pillages, *flagrant délit, clameur publique* ou *d'exécution judiciaire.*

» Art. 162. La partie qui succombera sera condamnée aux frais même envers la partie publique.

» Les dépens seront liquidés par le jugement.

» Par ces motifs,

» Le tribunal, jugeant en premier ressort, déclare le sieur Fr. Ph. Jos. Cambrelin convaincu du fait qui lui est imputé, et pour ce le condamne à 6 fr. d'amende au profit de la commune de Namur, et aux dépens liquidés à 1 fr. 25 c.

Certes, une peine aussi minime pour être déchargé d'une besogne aussi difficile, aussi délicate que fastidieuse et dégoûtante pour beaucoup de médecins, n'est pas fort effrayante, on en conviendra, et souvent il arrive que l'on sacrifierait volontiers une somme beaucoup plus considérable pour se soustraire aux désagréments que l'envie, la jalousie, la rivalité, le besoin que certains hommes éprouvent de faire du scandale et de nuire à autrui, que de viles passions, en un mot, vous ménagent lorsque ces sortes d'affaires vous font arriver devant les cours d'assises; mais il ne s'agit pas de cela pour nous, on nous avait forcé d'en faire une question de principes. Celle-ci était dominante! et si nous avons abordé celle de fait devant le tribunal de police, c'est que nous voulions mettre en relief les procédés singuliers et la manière d'agir illégale de l'agent de la police qui nous avait requis et poursuivi.

Aussi ne ferons-nous que peu de réflexions sur les motifs de ce jugement, car leur futilité est si patente que le ministère public, au degré d'appel, n'a pas cru devoir les soutenir. Nécessairement le premier juge s'est trouvé fort préoccupé d'un système préconçu, car son jugement est le résultat d'une interprétation forcée de la loi. C'est ce que nous prouverons bientôt; mais en attendant je ferai observer que ce ne peut être que par une inadvertance singulière que le tribunal de simple police dit avoir *ouï les témoins en leur déposition*, car je n'en produisis

point, le fait principal n'étant pas contesté par moi; qu'il y a jugement précipité dans l'allégation que l'*enfant paraissait avoir perdu la vie par le fait d'un crime,* puisqu'une décision judiciaire irrévocable a établi, dans l'espèce, qu'aucun délit n'avait été commis; qu'il y a hardiesse de saper, *proprio motu,* une question de science, alors que, contrairement à nos dires, on décide que *la vérification était urgente;* qu'il y a vice de raisonnement lorsque l'on confond une *exécution judiciaire* avec *les recherches d'un corps de délit,* car les opérations du médecin expert n'ont d'autre but que d'aller *à la découverte des traces d'un crime,* et elles n'ont pas plus de rapport avec *une exécution,* quelque large acception que l'on donne à ce mot, qu'*une expertise* ordonnée par la justice pour arriver à connaître la valeur d'une propriété; qu'il y a encore confusion de termes lorsque le tribunal assimile *la réquisition* à *une exécution judiciaire;* qu'il y a injustice, quant à moi, je dirai même supposition offensante, lorsque l'on argumente de *la modicité du salaire comme motif de mon refus,* alors que j'ai protesté à l'audience contre cette même supposition, et que toute ma vie dépose contre semblable application, n'ayant cessé, depuis 25 années, de saisir avec empressement toutes les occasions d'être utile à la chose publique, non pas seulement gratuitement, mais aux dépens de ma bourse.

J'ajouterai encore que le juge s'est étrangement fourvoyé lorsqu'il considère la profession du médecin comme un état privilégié, car le texte et l'esprit des lois sur l'enseignement, sur la police médicale, ainsi que de la législation commune, établissent à évidence que la société a pris toutes ses mesures *contre les médecins;* que si l'on n'autorise qu'eux à la pratique de l'art de guérir, ce n'est qu'après leur avoir imposé de grands sacrifices et avoir exigé d'eux des garanties solides, authentiquées par le diplôme; qu'ils sont rendus responsables de leurs faits, *même des accidents imprévus,* par des lois consacrées par des jugements. Enfin, soutenir cette thèse est le comble de la dérision lorsque l'on voit la médecine soumise à un droit dégradant, celui de la patente!

Singuliers priviléges!!

J'éprouve le besoin, maintenant, de repousser le soupçon

d'animosité contre le juge qui a prononcé. Ce magistrat serait d'ailleurs au-dessus de nos attaques par son caractère et son savoir. Si, selon nous, il a erré, ce fut de bonne foi, j'en suis intimement convaincu, et je n'ai cessé un seul instant de lui accorder une estime qu'à juste titre tous ceux qui le connaissent lui ont constamment voué.

Quoi qu'il en soit, nous nous pourvûmes en appel, et là, abandonnant presque la question de fait, plaidée subsidiairement en première instance, nous insistâmes sur la question principale, essentielle, celle de droit.

Nous y soutînmes, comme nous soutenons encore, que l'article 475, N° 12 du Code pénal ne peut atteindre le médecin, *en tant que médecin*, qui refuse son secours *pour aller à la recherche des preuves d'un crime*, parce que cet article n'est pas explicite en ce sens et qu'aucune loi spéciale ne l'y oblige.

En effet, cet article est général, il s'applique à tous les citoyens sans spécification d'une classe particulière d'individus. Il a pour objet de forcer à donner secours et assistance pour les cas où tout homme est présumé très-capable, *comme homme*. Si donc on veut étendre cet article en lui faisant dire qu'il concerne aussi *les expertises médicales*, il s'en suivra qu'on aura le droit de requérir cette mesure non-seulement des médecins, mais encore de tout individu en général, ce qui serait absurde.

Cette disposition, invoquée contre nous, n'est pas autre chose, du reste, qu'une sanction pénale comminée contre quiconque refuserait d'obtempérer aux rigueurs d'une loi préexistante et qui le concerne directement. La pénalité qu'elle prononce suppose la violation d'une obligation ou d'un devoir légal établi antérieurement. Or, où est la disposition législative qui oblige l'homme de l'art à procéder à des ouvertures de cadavres? Il est nécessaire de la produire pour convaincre. Que si l'on veut que cet article 475 détermine lui-même suffisamment ces devoirs, il faut le démontrer par ses propres termes, sans recourir aux interprétations, aux rapprochements, et surtout sans forcer un texte qui, par une élasticité désespérante, deviendrait dans les mains d'un ergoteur une arme propre à trancher toutes les difficultés.

Ainsi, dans l'espèce, comment punir en vertu de cet art. 475 No 12, un fait que ni cet article ne réprime *nominativement*, ni aucune autre disposition antérieure?

Les mots, d'ailleurs, par lesquels commence le N° 12 : ceux qui, *le pouvant,* auront refusé, etc., démontrent suffisamment l'esprit de la loi, car il ne peut être question que *d'un empêchement physique,* obstatif, à ce que le secours soit fourni, et non d'*une incapacité scientifique* que le magistrat ne peut apprécier. Cela résulte évidemment encore de la suite de l'article et des cas y spécifiés, lesquels ne supposent que le besoin d'*une force physique.* Ce sont : les accidents, les tumultes, les naufrages, les inondations, les incendies, le brigandage, les pillages, le flagrant délit, etc.

Nous puiserons encore un argument, prépondérant dans la question, dans la modicité, l'insignifiance de l'amende. Comment, on voudrait que le législateur n'ait, ici, frappé le médecin récalcitrant que d'une peine de 6 à 10 fr., tandis que le médecin appelé à assister les conseils de milice, que le juré, le témoin, etc., seraient passibles d'une amende s'élevant à plusieurs centaines de francs s'ils n'obéissaient pas à la citation? Pourquoi tant de bénignité d'une part; pourquoi tant de rigueur de l'autre?

Veut-on maintenant une preuve irréfragable de la vérité de notre système? qu'on lise l'arrêté royal du 15 juillet 1818, qui a précisement institué des médecins *ad-hoc* pour procéder à toutes les opérations médico-judiciaires. Pourquoi n'y a-t-on pas donné suite, et pourquoi les médecins seraient-ils responsables et victimes d'une négligence qui ne peut leur être imputée?

Si cet arrêté du 15 juillet a été promulgué, c'est que l'on a senti que les médecins ne pouvaient être contraints, légalement, à faire l'office du magistrat, c'est-à-dire à rechercher les traces d'un crime, fut-ce même dans les entrailles d'un cadavre. Cette promulgation eût été inutile, je dirai même inconvenante, puisque cela aurait supposé un mépris de la loi dans l'autorité qui disposait, par un acte privé, sur un point que le Code aurait prévu et déterminé.

Le gouvernement belge lui-même a compris le silence de la

loi sous ce rapport, car, en 1833, notre ministre actuel des affaires étrangères, alors ministre de la justice, ayant prévu, sans doute, que l'administration de la justice pouvait se trouver compromise par le mode actuel de procéder, fit consulter les commissions médicales provinciales pour aviser aux moyens de mettre à exécution l'arrêté de 1818; mais ce ministre, aussi habile homme d'état que bon administrateur, ne put donner suite à son projet, car il se retira immédiatement des affaires et les rapports des commissions restèrent depuis enfouis dans les cartons de ses successeurs. Toujours est-il que cette démarche, faite par le chef de la justice à cette époque, vient corroborer notre thèse et appuyer l'opinion du gouvernement des Pays-Bas, manifestée par l'arrêté dont il s'agit.

Au surplus, et pour prouver surabondamment que le législateur n'a pas eu en vue la classe des médecins en rédigeant l'article 475; pour démontrer péremptoirement que le pouvoir exécutif n'a pas interprété la loi ainsi que le font actuellement les officiers du parquet; qu'il n'y voyait pas un moyen légal de coercition, c'est que l'on a offert aux hommes de l'art un salaire pour le travail auquel on les conviait. Que ce salaire ne soit pas suffisant, que ce mode d'indemniser des hommes de sciences répugne généralement à ceux d'entr'eux qui sentent la dignité de leur profession, c'est ce que je ne veux pas examiner ici ; mais toujours est-il que c'est sur cet encouragement que l'on a compté pour stimuler le zèle du médecin légiste, et non sur une disposition pénale insignifiante. Autrement à quoi aurait servi ce tarif si la loi avait statué formellement, si elle avait dit au médecin, avec M. le juge de paix de Namur : vous exercez un état privilégié; ce privilége vous le tenez de moi; or, j'y pose cette condition que vous serez tenu à certain service public. Alors, malgré cette criante injustice, tout était dit et le tarif n'aurait pas vu le jour. Au lieu de cela l'article 475 est promulgué le 2 mars 1810, et LE 18 JUIN 1811, un décret offre la prime d'encouragement. Donc dans l'esprit du pouvoir exécutif, qui à cette époque faisait grand cas *du bon plaisir*, la loi pénale était muette sur ce point.

On objectera, peut-être, que le gouvernement a voulu in-

demniser des hommes spéciaux pour un travail extraordinaire qui était l'objet d'un réquisitoire. Je ne sais si l'on serait bien fondé à soutenir cette thèse en présence de l'expérience du passé et du présent qui démontre à l'évidence que les médecins ne sont pas le sujet habituel de la bienveillance des gouvernements. Si l'on exige d'eux de fréquents services, les récompenses ne leur sont distribuées, on est forcé de le reconnaître, qu'avec une excessive parcimonie. Au surplus, nous ne voyons pas trop pourquoi ils auraient été l'objet d'une préférence en présence d'une loi générale, positive, absolue; pourquoi l'on n'aurait pas aussi bien indemnisé tout citoyen qui aurait dû suspendre le cours de ses affaires, de ses occupations, pour obéir à une injonction dérivant de l'article 475; ou plutôt, nous ne le savons que trop bien : c'est que ce même pouvoir qui a proposé à la législature, la disposition pénale que nous examinons, n'a jamais eu la pensée de diriger cette arme contre la classe des médecins.

Revenant aux motifs du jugement de simple police, on sera justement surpris d'y rencontrer une interprétation étrange des mots suivants : *dans les cas d'exécution judiciaire.* Ces termes sont pourtant fort précis. Qui ne sait qu'une exécution judiciaire est l'exécution d'une sentence ou d'une ordonnance de justice? C'est là la signification naturelle de ces expressions et l'on sait que le législateur prend les mots dans leur acception commune. On ne dira pas, dans le langage naturel, il s'agit d'*une exécution judiciaire* alors qu'il n'est question que d'une simple réquisition faite par un officier ou agent de police en vue d'*aller voir si un crime a été commis.* Dans ce dernier cas il est permis d'examiner si l'on est tenu d'y obtempérer, on peut refuser; tandis que tout citoyen est tenu d'obéir aveuglement, de prêter tout secours, *main-forte* en un mot, lorsqu'il s'agit de la mise à exécution d'une sentence.

Si l'on veut que ces mots : *exécution judiciaire* soient l'équivalent de tous actes de l'autorité judiciaire, on leur donnera une extension monstrueuse qu'ils ne comportent évidemment pas. La pratique journalière des tribunaux dénie, d'ailleurs, formellement cette acception. Ainsi que de fois n'est-il pas arrivé que

des officiers du parquet, des juges commissaires, le tribunal lui-même, ont nommé des experts pour l'estimation de la valeur d'un terrain à exproprier, pour juger de l'identité des écritures, pour traduire des pièces rédigées en langue étrangère, pour aplanir des contestations et vider des procès qui avaient surgi en matière de mines, etc., etc., sans que les hommes, dont on avait invoqué la science spéciale, eussent voulu accepter semblable mission. S'est-on cru en droit de les poursuivre juridiquement du chef de ce refus, en vertu de cette confusion de termes que nous repoussons? non, sans doute. Eh bien! puisqu'on ne l'a pas fait et que l'on dut avoir recours à d'autres choix; puisque l'on s'est vu dans la nécessité de faire venir, à grands frais, ces spécialités de provinces plus ou moins éloignées; pour être conséquent on doit aussi laisser à l'*expert* médecin son libre arbitre, et ne pas vouloir le traiter en véritable paria!

Ce n'est pas en matière pénale, du reste, où tout est de stricte interprétation que l'on peut donner aux mots un sens forcé pour étendre les lois répressives qui toujours, soit dit en passant, doivent être entendues dans un sens le plus restreint que possible.

Tel fut le sens de notre raisonnement, de notre argumentation.

Le ministère public près du tribunal d'appel sentit la justesse de notre système, car dans son plaidoyer il abandonna la base qui avait servi d'échafaudage au jugement de première instance, et, négligeant le cas d'*exécution judiciaire* qu'il déclara insoutenable, il se rejeta dans les autres hypothèses de l'art. 475, et il appuya ses prétentions sur les cas de *flagrant délit*, de *clameur publique*, et il termina en disant que les art. 43 et 44 du code d'instruction criminelle lui enjoignant de se faire accompagner par des officiers de santé dans les cas de mort suspecte, il fallait bien que la loi lui ait donné les moyens de se faire obéir, et ces moyens il les trouve dans l'article du code pénal précité.

Nous voici donc en présence d'un système nouveau. Nous allons l'aborder avec la franchise d'un homme qui ne veut que la justice la plus stricte et qui déplore sincèrement la position

fâcheuse dans laquelle pourront se trouver momentanément les magistrats des parquets, dans le cas où le jugement contre lequel il y a pourvoi serait maintenu. Il le sera, sans nul doute, et l'embarras dont je viens de parler produira inévitablement ce bon résultat, que l'on avisera, enfin, aux moyens d'attacher aux tribunaux des hommes capables qui feront de la médecine légale un sujet d'études constantes.

Flagrant délit doit s'entendre d'un délit qui vient de se commettre, à l'instant même. L'*actualité* en est le caractère propre. Or, dans l'espèce, il ne pouvait être question du flagrant délit, puisqu'indépendamment de la circonstance qu'il a été décidé ensuite qu'aucun délit n'avait été commis, l'*enfant étant mort-né;* indépendamment encore de la considération qu'aucun délit n'était *flagrant*, puisque le cadavre avait été découvert vers 7 heures du matin et que la réquisition n'eut lieu que vers le soir; indépendamment, disons-nous, de toutes ces circonstances, l'article 475, n° 12, n'a voulu réprimer que l'infraction aux obligations que les lois imposent aux citoyens dans certaines circonstances *pressantes*. En effet, que l'on consulte la législation, notamment l'art. 106 du code d'instruction criminelle, on n'y verra d'autre obligation, en pareil cas, que celle d'*arrêter l'auteur d'un délit flagrant* et de prêter main-forte à l'autorité pour *le saisir* et *le conduire* devant le magistrat compétent; mais nulle part on ne trouvera, en termes clairs et précis, d'injonction pour qui que ce soit d'assister les magistrats dans la recherche des preuves d'un fait criminel quelconque. C'est pourtant là, je le répète, le but unique des opérations nécropsiques du médecin expert.

Il faudrait, d'ailleurs, pour que le système du ministère public, relatif au flagrant délit, soit acceptable, qu'il puisse s'appliquer à tous les cas possibles de médecine légale qui peuvent se présenter. Or si, à toute force, on voulait que 12 heures ne suffisent pas pour éteindre l'*actualité* (flagrant), alors on ferait bien d'assigner une signification précise à cette expression, car elle ne peut être acceptée comme l'équivalent de *durée infinie*.

Ainsi, y aura-t-il toujours *délit flagrant* lorsque l'on nous requérera, après 24 heures, pour nous transporter à quelques

lieues de notre domicile pour relever un cadavre trouvé sur la voie publique ; si l'on nous somme de vérifier, après 3, 6 ou 10 jours, s'il y a eu ou non crime de viol ; si l'on nous charge d'aller constater une incapacité de travail, le 20e jour, par suite de blessures graves ; si l'on nous demande pour assister à l'exhumation d'un cadavre enfoui depuis six mois, un an et plus, afin de rechercher les preuves matérielles d'un empoisonnement ; si l'on réclame notre assistance pour reconnaître les restes d'un squelette trouvé enterré, depuis 10 ans, dans un lieu et avec des circonstances suspectes, etc., etc. ? Cela se réduirait à dire que le cas du flagrant délit a pour terme le réquisitoire lui-même, c'est-à-dire qu'il est permanent, incessant. Cette absurdité, que l'on ne peut attribuer au législateur, serait, au reste, un moyen extrêmement commode pour nous imposer un service public.

Le flagrant délit n'a donc pas la signification que nous repoussons, puisque la très-grande majorité des faits de médecine légale échappent évidemment à son application.

Clameur publique : termes vagues que la loi n'a point défini. Cependant, comme elle accompagne toujours le flagrant délit ; que celui-ci absent, elle ne peut avoir d'existence, nous nous croyons en droit de définir ces expressions en disant que c'est un bruit populaire qui annonce qu'un crime ou un délit vient d'être commis. Il éclate tout à coup, se communique de proche en proche avec la rapidité de l'éclair, en poursuivant le délinquant qui cherche à s'échapper par la fuite ou par la résistance. C'est lui qui donne l'éveil à l'autorité ; mais on ne qualifiera pas de ces mots *une nouvelle* qui circule paisiblement dans les masses et qui n'a d'autre effet que d'exciter la curiosité publique, surtout si, comme dans l'espèce, elle ne doit son origine qu'aux indiscrétions de la police.

Or, le raisonnement présenté plus haut à l'occasion du *flagrant délit* peut être fait pour le cas de *clameur publique :* ces deux faits étant connexes. Si le citoyen est obligé de prêter main-forte pour saisir un coupable ou du moins un individu désigné comme tel par une accusation (clameur) publique, là se borne son droit, et il n'est pas tenu à un autre service, fût-il médecin !

Le procureur du roi se fera assister d'un ou de deux officiers de santé, dit l'art. 44 du code d'instruction criminelle, et le ministère public argumente de là pour justifier ses poursuites.

Cette disposition, quoique sage, était inutile, car l'on sait bien que ces magistrats ne peuvent posséder la science du médecin dans la plénitude nécessaire pour exécuter eux-mêmes une investigation médicale fructueuse; mais cet article n'est en réalité qu'une instruction, sans quoi l'on se serait servi du mot REQUERRA, et il aurait imposé, en même temps, aux officiers de santé l'obligation de déférer à la réquisition. C'est ainsi que chaque fois que la loi a voulu faire aux citoyens un devoir d'obtempérer à l'injonction, elle a exprimé à cet égard son intention d'une manière formelle. Témoins, entre autres, les art. 16, § 5, 99 et 108, du code d'instruction criminelle, qui interdisent le refus.

Le tribunal de Namur, jugeant en degré d'appel, a mis à néant le jugement de première instance, et il a formulé sa décision comme suit :

« Attendu qu'il résulte des termes du N° 12 de l'article 475 du Code pénal, qu'il ne doit s'entendre que du service qui peut être fait et du secours qui peut être prêté, dans les circonstances qui y sont énoncées, par tous les citoyens et par le premier à ce requis par l'autorité compétente;

» Qu'il ne peut s'appliquer aux docteurs en médecine, en chirurgie requis en cette qualité seulement et pour des opérations de leur art;

» Attendu qu'aucune disposition pénale ne s'applique au refus qu'ont fait les appelants de procéder à l'autopsie, lorsqu'ils en ont été requis, et que ce refus ne constitue ni délit, ni contravention. »

C'est contre ce jugement que le ministère public se pourvoit en cassation.

Qu'il nous soit permis maintenant de jeter un coup d'œil sur les conséquences que le système de notre adversaire amènera s'il venait à être consacré, et faisons entrevoir les dangers que l'ordre social pourra courir, ainsi que les vexations auxquelles seront forcément exposés les médecins que les magistrats

voudront bien gratifier d'un savoir au-dessus du commun.

Et d'abord la loi suppose le même degré d'instruction, la même capacité chez tous les médecins. Elle n'en exclut aucun (Art. 44 du Code d'inst. cr.), leur reconnaissant à tous la même aptitude. Eh! bien cela n'est malheureusement qu'une pure fiction légale, et il n'est personne qui ne fasse une grande différence entre le savoir de l'un et la science de l'autre. Cela est vrai surtout pour la médecine légale, science qui pour n'être que l'application de l'ensemble des connaissances médicales à la médecine des tribunaux, n'en est pas moins au-dessus de la portée scientifique des médecins en général, soit que cette science soit négligée par eux comme ne devant pas produire un lucre proportionné à leurs travaux, soit que les occasions de la pratiquer ne se présentent pas assez fréquemment à chacun d'eux pour les rendre habiles dans son exercice. Or, supposant à tous les officiers des parquets, à tous les agents de la police judiciaire autant d'esprit de justice que nous en reconnaissons dans le chef du parquet de Namur, qu'arrivera-t-il nécessairement? Pour ne pas imposer une charge trop lourde à un ou deux médecins, reconnus capables, on les requérera tous à tour de rôle, et la plus grande partie des opérations médico-légales seront conduites d'une manière dommageable pour la société, parce que l'homme de l'art ne saura pas distinguer les preuves les plus évidentes d'un crime; ou bien déplorables pour l'humanité, en faisant prononcer une peine grave, capitale peut-être, contre un individu innocent que de fausses apparences d'un corps de délit aura fait traduire par-devant les assises.

Ces cas à jamais regrettables, trop nombreux, assez connus, fourmillent dans les archives de la science. Aussi nous croyons-nous dispensés d'allonger le présent mémoire par un seul exemple, et pensons-nous qu'il suffit d'appeler l'attention sur leur existence pour faire désirer que cela ne se renouvelle plus.

Que si l'on objecte que le ministère public peut choisir et désigner l'homme de l'art le plus capable, nous répondrons qu'ici se trouverait l'injustice et la vexation. Comment, parce que je serais le plus capable, selon vous, je me verrais forcé à des études, à des travaux qui me répugnent; je devrais négliger

mon état, ma profession de médecin praticien pour rendre des services à une société qui ne me payerait que d'ingratitude ? si pourtant l'amour-propre, la conscience, me portent à accomplir les devoirs que l'on m'aurait imposés, avec zèle et scrupule, il faudra non-seulement que j'emploie tout mon temps à l'étude des causes dans lesquelles je devrais intervenir ; mais encore que je fasse des sacrifices pécuniaires pour me tenir au courant de toutes les sciences dont l'énorme faisceau constitue la médecine légale ?

Et que l'on ne croie pas que cette dernière allégation soit exagérée. Pendant les quinze années que je me vouai au service des tribunaux, à Namur, l'entretien de ma bibliothèque, de ce chef bien entendu, m'a coûté plus que le produit de mes travaux. Que serait-ce si j'ajoutais maintenant la perte de mon temps relativement à ma clientelle, et les frais de route dans mes déplacements.

Ce n'est point un regret que j'exprime ici, cela est loin de ma pensée ; mais c'est un fait que je cite, comme un argument décisif, en faveur de ma thèse.

Comment comprendre, en outre, que le ministère public ose se charger de la responsabilité qui s'attacherait au choix d'un médecin-expert ? Il ne le ferait qu'en tremblant, parce qu'il peut avoir la main malheureuse et qu'il sait qu'il peut se tromper en attribuant un savoir supérieur à celui qui en possède le moins. Comment admettre, encore, que la loi a pu consacrer une tyrannie insensée aussi révoltante que celle-ci.

L'officier de police judiciaire vous charge, vous médecin, d'une opération très-délicate, difficile, de laquelle dépend la vie ou la mort d'un individu, ou les intérêts les plus majeurs d'une famille entière ou de la société. Votre conscience ne vous permet pas d'accepter cette mission, objectez-vous, soit parce que vous ignorez la médecine légale, (comme l'a déclaré un chirurgien poursuivi en même temps que moi et pour la même cause) soit parce que depuis dix ans que vous ne vous en êtes plus occupé, vous craignez de n'être plus à la hauteur de la science. La loi vous ordonne de marcher, vous répond le fonctionnaire ; elle m'a établi juge de votre capacité et nous provoquerons

contre vous l'application du Code pénal si vous n'obtempérez sur le champ à ma réquisition! Ne serait-ce pas là une violence immorale à laquelle tous les médecins doivent vouloir se soustraire? Ne comprend-on pas que l'homme de conscience n'hésitera pas à accepter la condamnation plutôt que de s'exposer à une erreur qu'il regretterait toujours; erreur capable de lui enlever le repos pour le restant de sa vie!

Encore où est l'exemple, en Belgique, que l'on ait jamais fait poursuivre un médecin, un chirurgien, un chimiste, un expert quelconque en un mot, pour avoir refusé d'obéir à un réquisitoire? Je citerai, moi, plusieurs exemples de refus qui n'ont provoqué aucune poursuite, je dirai même aucune observation de la part de l'autorité requérante. Il y a plus, c'est qu'en France les hommes les plus instruits commencent par déclarer dans le préambule de leurs procès-verbaux, qu'ils ont *accepté la mission* qu'on leur confiait. En agiraient-ils ainsi s'ils n'avaient pas le droit de la décliner; leurs rapports seraient-ils acceptés avec cette formule si l'autorité compétente ne le leur reconnaissait?

Que l'on y prenne garde. Les travaux de médecin expert doivent être le résultat d'un zèle spontané et d'une conscience libre. La violence est un mauvais moyen pour exciter au travail. Si le système du demandeur en cassation venait à prévaloir, on pourrait peut-être bien forcer quelques médecins à faire, tant bien que mal, *des opérations matérielles;* mais jamais on ne pourrait contraindre à appliquer leur intelligence à *des opérations plus ou moins abstraites* sans lesquelles *le travail matériel* resterait complètement infructueux.

C'est ce que la loi n'a pu vouloir.

En résumé :

1° Aucune loi spéciale n'impose aux médecins l'obligation d'obéir, *comme médecins,* aux réquisitoires des officiers du parquet et des agents de la police judiciaire;

2° L'art. 475, n° 12, étant général, s'appliquant à tous les individus, *comme citoyens,* et ne comprenant que des secours, des travaux, des services pour lesquels la force et l'adresse physiques sont la première, je dirai l'unique condition de succès, n'est point applicable à l'espèce;

3° Il n'y eut ni délit ni contravention dans le refus qui fut fait d'obtempérer à la réquisition du commissaire de police de Namur;

4° Le jugement attaqué doit obtenir la sanction de la cour suprême.

N. B. Nous ferons connaître l'arrêt qui interviendra.

Dr Cambrelin.

BIBLIOGRAPHIE.

RÉFLEXIONS SUR L'HYGIÈNE DES MINEURS ET DES OUVRIERS D'USINES MÉTALLURGIQUES, ETC.

Par Victor VANDENBROECK, docteur en médecine.

Si, dans la lutte perpétuelle qu'ici bas chacun soutient pour parvenir à un plus hautdegré de l'échelle sociale, quelques-uns continuent toujours leur chemin, sans jeter un regard en arrière et sans secourir leurs frères qui s'arrêtent exténués au bord de la route, il en est d'autres aussi, et c'est un bonheur que de pouvoir les citer, qui tendent une main charitable à ceux qui souffrent, qui soulagent leurs maux et leur indiquent le sentier qu'ils devront dorénavant suivre pour arriver sans encombre à un but salutaire.

Ceux-là, le peuple les aime, et ils méritent son amour!

On s'est beaucoup occupé des classes pauvres, cela est vrai; mais, à mon avis, pas assez encore. Les pauvres ont mille besoins que ne connaît pas le riche : c'est à lui à les aider, à les secourir.

Si j'avais le loisir de tracer une légère esquisse des privations et des travaux pénibles auxquels est assujettie cette immense famille qu'on nomme peuple, je choisirais certainement parmi les classes nombreuses qui composent cette même famille, ces hommes malheureux que l'on connaît sous le nom de *houilleurs*.

Forcés de passer la plus grande partie de leur existence dans des profondeurs immenses, dont l'imagination la plus hardie s'effraie ; occupés sans cesse à fouiller dans des cavernes souterraines ; entourés de dangers affreux ; menacés, à chaque instant, d'une mort horrible ; vivant en quelque sorte dans un autre

monde, loin de leurs parents, de leurs amis; en proie à des fatigues inouies; ne goûtant qu'à de longs intervalles les doux plaisirs de se voir au milieu d'une famille chérie, de se chauffer aux bienfaisants rayons du soleil; le matin, quittant la terre joyeuse, inondée de flots de lumière et retentissante du cantique sacré que la nature entière chante alors que l'astre-roi commence sa carrière, pour s'enfoncer dans une nuit lugubre; contraints, par le besoin, à s'exposer, pendant de longues heures, aux mêmes périls qui, quelques jours auparavant, ont brisé les membres d'un frère, brûlé cruellement un ami, écrasé un fils chéri, mutilé un pauvre vieillard; voilà la vie de ces hommes à figure fânée par le travail, aux habits couverts d'une poussière noire, au dos voûté, et que l'on rencontre aux abords des bures, un petit chapeau de cuir sur la tête, une chaîne sur le dos et une pioche sur l'épaule! Voilà ces hommes que le voyageur oisif regarde d'un œil froid, sans se demander seulement s'ils sont heureux, s'ils ont le nécessaire! Oh! oui, honneur à ceux qui s'occupent de ces pauvres ouvriers! honneur à ceux qui sacrifient leurs veilles pour tâcher de jeter un peu de joie et de bien-être au milieu de cette existence remplie de souffrances, de labeur et de périls!

Parmi ceux qui ont, en ces derniers temps, le plus contribué au soulagement de ces intéressants houilleurs; parmi ceux qui ont fait les plus grands efforts pour changer leur avenir physique et moral, nous aimons à citer notre collègue, le docteur Vandenbroeck, qui vient de publier un ouvrage ayant pour titre : *Réflexions sur l'hygiène des mineurs et des ouvriers d'usines métallurgiques.* Ce livre nous paraît du plus haut intérêt.

Quoique l'on se soit déjà occupé de cette matière, nous osons affirmer que jusqu'ici aucun traité sur ce sujet n'a été si complet que celui de M. Vandenbroeck. Quoique cachée sous un titre modeste, l'œuvre dont nous parlons n'en est pas moins écrite avec cet ensemble et cette connaissance de cause qui caractérise le véritable écrivain.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur s'occupe à définir le mot hygiène, à expliquer, en peu de mots, l'utilité de son travail, utilité qui nous semble incontestable, et expose des considérations relatives à la constitution de l'ouvrier, à son âge,

à son sexe, à ses habitudes, son régime et ses mœurs. Puis suit un chapitre de l'*influence qu'exerce sur les habitudes et sur le moral de l'ouvrier, la trop grande élévation du salaire;* ce dernier paragraphe est traité avec une vérité que maint industriel se plaira à reconnaître. Après avoir reproduit quelques réglements, etc., relatifs aux caisses de secours et de prévoyance dans les usines et les exploitations, l'auteur s'occupe des boîtes de secours et de ce qu'elles devraient contenir. Des considérations sur des appareils de sauvetage; sur la nécessité d'organiser le service sanitaire des mines, et de l'avantage qu'il y aurait à établir une salle de blessés près de chaque exploitation importante, complètent cette première partie.

Avant d'aller plus loin qu'on me permette de citer ici une action noble autant que belle et que nous ne devons pas passer sous silence. En 1836 (1), madame Degorge-Legrand et M. Rainbeaux, propriétaires des établissements et des houillères du Grand-Hornu, instituèrent des primes, reparties entre les ouvriers mineurs, pères de famille, qui, pendant le cours de leur travail aux houillères du Grand-Hornu, auraient déposé entre les mains du caissier, les plus fortes sommes à titre d'épargnes sur le produit de leurs salaires. Le total de la somme affectée à cette sorte d'encouragement, monte à 2000 fr. En outre, ils accordèrent une prime de 600 fr. à l'ouvrier dont la conduite aurait été la plus régulière, etc., etc., et qui aurait accordé le plus de soin à l'éducation de ses enfants.

Nous dirons, avec M. Vandenbroeck, que cette conduite désintéressée devrait être suivie par tous les industriels, et nous croyons qu'une telle action porte plus d'éloges avec soi, que les phrases les plus flatteuses que l'on pourrait adresser à madame Degorge-Legrand et à M. Rainbeaux.

Revenons à notre sujet.

Dans la seconde partie de son livre, le médecin de Mons, traite de l'asphyxie, des signes qui distinguent la mort réelle de la mort apparente, des brûlures, des blessures et de leur traitement. Cette seconde partie, outre le mérite d'être utile à cha-

(1) Voir l'ouvrage dont nous nous occupons, page 37.

cun, offre encore celui d'être mis à la portée des ouvriers. L'auteur a, selon nous, fait preuve d'un savoir judicieux, en laissant de côté tous les mots techniques qui auraient pu embarrasser un lecteur peu instruit et l'induire souvent en erreur; chose qu'il a voulu éviter avant tout.

Dans la troisième partie de l'*Hygiène des mineurs,* M. Vandenbroeck parle des dangers auxquels sont exposés les ouvriers des mines de charbon de terre, des moyens de les prévenir, de l'anémie des mineurs, de l'emphysème pulmonaire, de l'asthme, des affections inhérentes au métier de houilleur, etc. L'ouvrage est terminé par un vocabulaire des mots techniques employés dans le courant du volume.

Dans le déluge de livres, dont la presse inonde, chaque jour, le monde littéraire, il en est certes quelques-uns qui sont bons, d'autres médiocres et une quantité innombrable de mauvais. *L'hygiène des mineurs* appartient sans contredit à la première classe. Le but philanthropique et scientifique, que l'on se proposait en l'écrivant, a été doublement atteint. L'ouvrier, père de famille, y trouvera non-seulement des préceptes sages d'après lesquels il devra dorénavant régler ses actions, mais il aura, en même temps, un guide fidèle et désintéressé qui lui montrera toujours la route où il devra s'engager, ainsi que ses enfants. Disons donc, avec tous ceux qui liront cet ouvrage, que c'est un nouveau bienfait pour l'humanité, et que le savant aussi bien que le houilleur ne consulteront jamais une de ses pages sans en retirer quelque fruit.

S'il nous appartenait, à nous pauvres critiques qui avons besoin de tant d'indulgence de la part de ceux qui veulent bien perdre leur temps à nous lire, s'il nous appartenait, dis-je, de prononcer sur le style de l'auteur du livre, auquel je reviens toujours avec un nouveau plaisir, nous nous empresserions de dire que la plume de M. Vandenbroeck est correcte autant que profonde, sage autant qu'élégante : mais ceux qui jetteront un regard sur cet article, ne me croiront peut-être pas sur parole, et voudront juger par eux-mêmes du mérite de l'œuvre précitée; ils feront bien, car ils verront alors que je ne me suis pas assez étendu sur sa valeur scientifique, et que, pour

en faire une analyse plus étendue, il m'eût fallu entrer dans bien d'autres détails dont je ne me crois pas capable.

Bruxelles, le 9 juillet 1840.

CH. VANSWYGENHOVEN,
Ex-interne des hôpitaux civils de Bruxelles.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 4 mai.

Présidence de M. MEISSER.
Secrétaire : M. MARINUS.

1° Il est donné lecture d'une lettre de M. DECONDÉ, et d'une autre lettre de M. GOUZÉE, qui se montrent satisfaits de la décision de la Société sur le concours auquel ils ont pris part.

Ouvrages présentés.

2° Exposé de l'hydriatique ou de la cure à l'eau froide; par ED. DE LOSEN DE SELTENHOFF, membre de la Société. in-8°. Bruxelles, 1840.

3° De la tumeur blanche du genou et de la manière de la guérir spécialement par le muriate de baryte; Par SIRUS PIRONDI, docteur en médecine à Marseille. (Commissaires : MM. V. Uytterhoeven, Seutin, et Langlet, rapporteur.)

4° Mémoire sur la peste qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834, et sur sa non-contagion; par F. CHOLET, D. M., à Beaune-le-Rolande (départ. du Loiret). (Commissaires : MM. Mouremans, Cunier, et V. Uytterhoeven, rapporteur.)

5° Annales de la Société des sciences naturelles de Bruges, 2e année, 1er cahier.

6° Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand, cahier de mars 1840.

7° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, n° 4, 1840.

8° Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges, année 1840, 1re livraison.

9° Annales d'oculistique, par FLORENT CUNIER, tome II et tome III, 1re et 2e livraisons.

10° Archives de la médecine belge; par J. E. LEQUIME, mars 1840.

11° Faits et vues détachés en rapport avec certaines questions de

théorie chimique qui, en ce moment, sont agitées devant l'Académie des sciences de Paris; par J. B. VAN MONS. Louvain, 1838-1839.

12° Recueil des mémoires et d'observations de physique, de météorologie, d'agriculture et d'histoire naturelle; par le baron d'HOMBRES-FERMAS, docteur en sciences, etc. 1 vol. in-8°. Nismes, 1838.

Membre correspondant nouveau.

13° M. le baron d'HOMBRES-FERMAS, docteur en sciences, etc.

Travaux manuscrits.

14° Essai sur la littérature médicale et l'histoire de la médecine chez les Belges; par M. VAN SWYGENHOVE fils. (Commissaires : MM. Daumerie, Meisser, et Mouremans, rapporteur.)

15° De la fermentation et de la distillation des céréales en Ukraine et en Pologne; par P. KOPEZYNSKI. (Commissaires : MM. Nollet, Meisser, et Leroy, rapporteur.)

Rapports.

16° Rapport de MM. MEISSER et GLUGE sur l'ouvrage de M. le Dr PHOEBUS de Berlin, traitant de l'art de formuler. Conformément aux conclusions des commissaires, M. Phœbus est nommé membre correspondant.

17° Rapport de M. MEISSER sur un mémoire de M. DAUMERIE, intitulé : « Observations de médecine pratique tendant à établir que les fièvres ne sont pas toujours l'effet d'une lésion locale. » — La Société vote l'impression du mémoire.

18° Rapport verbal de M. LANGLET sur un mémoire sur une jambe artificielle et sur un instrument, présentés par M. ROUSSEL, de Tournay. — Dépôt aux archives.

19° Rapport de M. MOUREMANS sur un mémoire présenté par M. le Dr BIDART d'Arras, intitulé : « Essai sur la douleur morale considérée comme cause de maladies. » L'auteur du mémoire est nommé membre correspondant, et son mémoire sera déposé aux archives.

20° Rapport de M. MARINUS sur des observations présentées par M. le Dr LUTENS jeune, membre correspondant.

La Société ordonne l'impression de ces observations.

21° Rapport de M. MARINUS sur le rachitome de M. SCHREUDER de Rotterdam. L'auteur de cet instrument est nommé membre correspondant, et le rapport sera imprimé dans les annales de la Société.

Séance du 1er juin 1840.

Ouvrages présentés.

1° Annales et bulletin de la Société de médecine de Gand, cahier d'avril 1840.

2° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, n°ˢ 3 et 5, 1840.

3° Annales de la Société des Sciences naturelles de Bruges, 2ᵉ livraison, année 1840.

4° Annales de la Société de médecine d'Anvers, 3ᵉ et 4ᵉ livraisons, année 1840.

5° Nederlandsch-Lancet, n° 10, 1840.

6° Mémoires et observations pratiques de chirurgie et d'obstétricie; par le docteur HOEBEKE, membre correspondant, à Bruxelles, etc., 1 vol. in-8° de 86 pages, Bruxelles, 1840.

7° Gaceta del Gobierno de Jalisco (neuf numéros offerts par M. le docteur P. VANDERLINDEN).

Travaux manuscrits et Rapports.

8° De l'emploi de la belladone dans les irritations des poumons; par V. DELHAYE, docteur en médecine à Montignies-sur-Roc. (Commissaires : MM. V. Uytterhoeven, Lequime, et Daumerie, rapporteur.)

9° M. le docteur VANHUEVEL, membre de la Société, fait connaître que des essais répétés lui ont fait apporter quelques modifications au pelvimètre dont il est l'auteur, et envoie de nouveaux dessins qui sont mis sous les yeux de la Société, et sur lesquels le bureau appose sa signature et la date, afin de conserver à l'inventeur le droit de priorité.

10° Rapport de M. MEISSER, sur un ouvrage de M. le docteur LESSING, de Berlin, intitulé : *Handbuch der geschichte der medizin* (1ʳᵉ partie). Conformément aux conclusions du rapport, M. Lessing est admis membre correspondant. — La Société ordonne l'impression du rapport.

ERRATA :

Dans le rapport inséré dans le cahier d'avril des *Archives de la médecine belge,*

Page 415, dernière ligne, au lieu de *lances* d'acier, lisez : *lames* d'acier.

Page 416, lignes 3, 6 et 9, la même faute est à corriger.

—

ARCHIVES
DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

OBSERVATIONS

DE DEUX OPÉRATIONS DE CATARACTE PAR ABAISSEMENT, L'UNE, SUR UN ENFANT DE DEUX ANS, DEMI-SUCCÈS; L'AUTRE, SUR UN VIEILLARD DE 69 ANS, SUCCÈS COMPLET.

Présentées à la Société de médecine d'Anvers; par F. L. VAN CAMP.

Messieurs,

Les deux observations que je rapporte ici, m'ont paru devoir précéder les réflexions que j'ai émises sur l'opération de la cataracte dont votre Société a décidé l'impression. Elles ont d'ailleurs présenté quelques particularités qui autorisent suffisamment la publication que vous en avez ordonnée.

Obs. 1re. En septembre 1837, un de mes parents me présente son fils, âgé de 2 ans, atteint d'une double cataracte congéniale. Le petit aveugle jouissait d'ailleurs d'une santé florissante; il était fortement constitué, mais il était sombre et taciturne. L'examen des deux yeux me fit reconnaître qu'ils étaient cataractés au même degré et je fus porté à croire que ces cataractes étaient de nature cristalline. Les pupilles jouissaient d'une mobilité extrêmement vive, les yeux ainsi que la tête éprouvaient des mouvements rotatoires et convulsifs, ainsi que cela se remarque d'ailleurs, assez généralement, chez les enfants atteints de cataracte congéniale.

En plaçant l'enfant dans un appartement obscur et en promenant de différents côtés une chandelle allumée, même à une as-

sez grande distance de lui, il la suivait partout des yeux. Ce moyen me paraît de la plus grande importance pour s'assurer de l'état de la rétine, et je ne connais aucun auteur qui le recommande.

L'enfant présentait cette particularité, que, lorsqu'il se trouvait ou se croyait seul, il abaissait les paupières inférieures avec le doigt indicateur de chaque main, et poussait ensuite et alternativement le globe de l'œil de chacun des deux yeux dans leur orbite en dedans et en haut. Il répéta fréquemment cette manœuvre dans la journée et elle parut lui procurer une telle jouissance qu'il se mettait à rire. J'attribue sa joie au bien-être qu'il éprouvait par la sensation agréable que lui procuraient quelques rayons lumineux qui momentanément venaient impressionner la rétine en déplaçant ou réclinant en quelque sorte les cristallins opaques par les pressions douces et alternatives qu'il exerçait avec ses doigts.

Nul doute, d'après les symptômes que je remarquai et les particularités que j'ai signalées, que la rétine se trouvat dans les conditions favorables et exigées pour permettre l'opération et espérer de la voir couronnée de succès.

Je demandai aux parents si l'enfant n'avait pas reçu des coups sur la tête, de contusions sur le globe oculaire; s'il n'avait jamais présenté d'engorgement des glandes au cou; s'il n'avait jamais été atteint d'ophthalmie ou d'exanthême répercuté, mais à toutes ces questions les réponses furent négatives. J'appris que la grand'mère maternelle du petit malade, actuellement âgée de 73 ans, avait été, autrefois, atteinte de cataracte dont elle avait été opérée avec un succès complet, ce qui me fit croire que j'avais à faire à une cataracte héréditaire. On n'a jamais remarqué que le petit malade ait donné signe qui put faire supposer qu'il ait joui de la vue.

Je proposai l'opération qui fut acceptée et que je différai toutefois jusqu'au mois de mai 1838, époque à laquelle l'enfant fut placé chez moi et abandonné entièrement à mes soins.

Je commençai donc, dès le premier jour, à suivre à la lettre le précepte de Dupuytren, en écartant les paupières et simulant l'opération au moyen d'un stylet à bout olivaire et luisant, manœuvre que je répétai plusieurs fois par jour pendant trois

semaines : mais je dois avouer que l'œil de l'enfant ne me parut pas plus habitué aux instruments le dernier que le premier jour; car lorsqu'il s'aperçut seulement que je m'approchais de lui pour répéter l'opération, il commença à crier et à se débattre de telle manière qu'on eut beaucoup de peine à le retenir malgré toutes les belles promesses qu'on put lui faire.

Il avait été mis à la diète et purgé la veille au moyen d'un doux purgatif. Je l'opérai au commencement de juin, en présence de quelques praticiens de cette ville qui voulurent bien m'assister dans cette opération.

Je fis placer le malade sur les genoux de la servante enveloppé dans une grande serviette, nouée derrière le dos de cette dernière, de manière que tout mouvement avec ses bras lui fût impossible. Malgré ce moyen contentif il fit de tels efforts que l'assistance de tous mes collègues fut de toute nécessité pour le retenir et ce ne fut que lorsque la sueur luicoula du visage et qu'il fut exténué de fatigue que je pus commencer l'opération, après lui avoir préalablement instillé dans les yeux, quelques heures avant, une solution d'un grain d'extrait de belladone dans deux gros d'eau de laurier-cerise.

L'œil droit bandé, je commençai d'abord par l'œil gauche, la paupière supérieure soulevée par un aide en même temps que j'abaissai de la main gauche l'inférieure, l'aiguille à cataracte (celle de Dupuytren) tenue de manière que la face concave regarde en bas, introduite à travers la sclérotique deux lignes et demie au-dessous le diamètre transversal du globe de l'œil et également une et demie derrière l'insertion de la cornée transparente. Parvenu dans la chambre postérieure de l'œil, lorsque je voulus abaisser le cristallin, je trouvai cette lentille beaucoup plus molle que je ne l'avais d'abord prévu : elle se répandit en grande partie dans la chambre antérieure, au point qu'il me fut de toute impossibilité de suivre les derniers mouvements de la pointe de mon instrument. Cependant je broyai avec beaucoup de ménagement, autant que faire se put, toutes les parcelles du cristallin qui se trouvaient encore dans la chambre postérieure, pour les abandonner après aux forces absorbantes.

J'opérai immédiatement après l'œil droit et par le même pro-

cédé. De ce côté le cristallin fut bien plus consistant et je parvins, quoique avec un peu de peine, à le déprimer; cependant quelques débris de la capsule cristalline s'engagèrent dans la chambre antérieure, mais ils ne portèrent aucun obstacle à la terminaison de l'opération.

Il fut pansé au moyen des compresses trempées dans l'eau froide et maintenues sur les yeux par le binocle. Diète sévère, potion calmante. Placé au lit dans un appartement obscur il ne tarde pas à s'endormir profondément.

Le second jour léger accès de fièvre, yeux gonflés et injectés. L'indocilité de l'opéré qui arrachait continuellement le bandage, m'obligea à désister des lotions d'eau froide que j'avais ordonnées. Je les fis remplacer par des frictions mercurielles autour des paupières, moyen qui tout à la fois est d'une application facile et sûre; il remplace aussi efficacement tout autre collyre par la vertu thérapeutique qu'on attribue, à juste titre, à cet agent, de faire avorter certaines inflammations et de les combattre lorsqu'elles existent : effets que j'ai, plus d'une fois, obtenus par son emploi, surtout dans l'ophthalmie.

J'observerai, ici, que j'ai, mainte fois, remarqué que l'onguent mercuriel simple, auquel j'ajoute toujours un grain d'opium par gros, est préférable à l'onguent mercuriel double que je trouve trop irritant.

L'état des yeux était des plus satisfaisant le neuvième jour de l'opération; une grande partie des débris cristallins et capsulaires qui s'étaient répandus dans la chambre antérieure, au moment de l'opération, avaient été en grande partie absorbés. Dès ce jour, je pus positivement m'assurer qu'il voyait clairement, en lui présentant des objets qu'il saisissait avec avidité.

La nuit suivante il éprouva des coliques très-violentes accompagnées de convulsions qui m'inquiétèrent beaucoup, mais je les combattis heureusement par des lavements laudanisés et une potion calmante à l'intérieur à prendre à des intervalles très-rapprochés.

Le lendemain matin en examinant ses yeux, je vis que le cristallin du côté droit était remonté et fermait les trois quarts du champ de la pupille.

Le vingt-quatrième jour absorption complète des débris dans la chambre antérieure du côté droit. Il en fut de même de l'œil gauche, si ce n'est qu'un petit lambeau de la capsule cristalline se trouvait à cheval sur l'iris et le déprimait tellement qu'il avait une forme elliptique.

Quelques jours après la pupille était dégagée et jouissait de toute sa mobilité.

Pour traitement consécutif et local je n'employai que les frictions mercurielles, jusqu'au moment où il retourna chez ses parents, deux mois après l'opération.

Ses yeux étaient alors dans l'état suivant : l'œil gauche présentait une cataracte secondaire capsulaire postérieure, à travers laquelle cependant il voyait, car, après lui avoir bandé l'œil droit, il me suivit partout où je me promenai dans mon jardin. Le cristallin remonté de l'œil droit n'occupait qu'un quart de la pupille. Il est resté réfractaire aux forces absorbantes jusqu'à ce jour.

Depuis qu'il a été opéré, quoique je n'aie obtenu qu'un demi-succès, le caractère de cet enfant est entièrement changé, de sombre et triste il est devenu enjoué et communicatif.

Un fait qui m'a beaucoup étonné chez cet enfant est le suivant : j'avais dessiné grossièrement sur une feuille de papier la figure d'un homme en profil, je la lui mis sous les yeux en lui demandant ce que cela représentait, et, à ma grande surprise, il me répondit un enfant. Cependant j'étais bien certain qu'à cette époque il n'avait encore vu ni dessin ni tableau.

On pourra me demander pour quelle raison je ne l'ai pas encore opéré de sa cataracte secondaire du côté gauche; mais j'ai longtemps espéré que l'absorption, qui est si active à cet âge, aurait pu suffire. D'ailleurs, le but principal en l'opérant si jeune était de pouvoir lui donner une instruction première, ce que l'état de ses yeux, après l'opération, a entièrement permis. Je craignais aussi de perdre les bénéfices obtenus par la première opération; et enfin je me réserve de l'opérer plus tard, lorsque la raison sera chez lui un peu plus développée.

Obs. II. Le nommé Pierre Bresseleers, âgé de 69 ans, ouvrier, habitant la commune d'Oorderen (province d'Anvers),

me fut adressé par mon ami et estimable collègue M. le docteur Hoefnagels.

Ce malheureux vieillard complétement aveugle et sans moyens d'existence, vint me trouver à Anvers, le 10 octobre 1839. Il me fit l'histoire de sa maladie de la manière suivante :

En battant le grain pendant l'hiver de 1834, un grain d'orge s'étant introduit dans l'œil droit, il en résulta une forte ophthalmie. Pour se faire guérir il s'adressa au meunier d'Hoevenen, hameau sous Eckeren. Cet individu jouit de la réputation de guérir indistinctement toutes les maladies des yeux. La cure miraculeuse de ce charlatan consiste à appliquer certaines herbes hachées, en forme de cataplasme, sur le pouls du côté opposé de la maladie, et qu'il fait renouveler seulement tous les huit jours, jusqu'à guérison ou je dirai plutôt jusqu'à cécité complète, tel fut du moins le résultat funeste de l'aveugle confiance de Bresseleers.

A la suite d'une ophthalmie purulente il perdit l'œil gauche en 1838. De ce côté il y avait également cataracte; mais la cornée laissait à peine un espace transparent assez grand pour lui pratiquer une pupille artificielle. Il était porteur d'une hernie, qui avait été étranglée huit mois avant qu'il ne perdit entièrement la vue.

Au mois de juin une pneumonie très-intense l'avait tenu alité pendant quatre semaines.

En examinant ses yeux je trouvai du côté droit une cataracte des mieux caractérisées que l'on puisse rencontrer, exempte de toute complication, l'iris très-mobile. Ce malheureux vieillard me suppliait de l'opérer incessamment.

Je résolus de tenter l'opération de concert avec mon confrère Hoefnagels, qui s'est chargé du traitement préparatoire et consécutif et je la fixai au 29 octobre 1839. On lui administra le 27 un fort purgatif et la veille on lui fit faire des lotions sur l'œil droit seulement avec une solution aqueuse d'extrait de belladone, qui furent suivies d'une grande dilatation de la pupille. Le jour convenu pour faire l'opération, je me rendis chez le patient accompagné de mon ami M. le docteur Jacques.

Le malade placé sur une chaise d'une hauteur convenable, je passai un grand tablier devant sa poitrine et ses bras, et je le

nouai au dossier de sa chaise dans le but de prévenir les mouvements.

La paupière supérieure soulevée par un aide, pendant que l'autre soutenait fortement la tête, je me plaçai devant le malade debout, position que je préfère à l'attitude assise. Je l'opérai de l'œil droit par abaissement. Je trouvai le cristallin très-consistant et je l'enfonçai cependant avec facilité et profondément dans le corps vitré.

Lorsque j'eus retiré mon instrument, le champ de la vision fut net et clair; mais à notre étonnement, il nous dit qu'il ne voyait absolument rien. L'idée sinistre me vînt qu'il pouvait y avoir complication d'amaurose, mais, heureusement, il n'en fut rien, et mon inquiétude pour le résultat de l'opération fut de courte durée. L'opéré avait éprouvé une syncope, qui cessa bientôt par la position horizontale. Revenu à lui, il put distinguer et reconnaître une montre qu'on lui mit sous les yeux.

Je fis faire des frictions avec l'onguent mercuriel, je plaçai une compresse maintenue légèrement par le binocle. Diète sévère, potion calmante.

Mon ami Hoefnagels, qui a continué à l'observer journellement, m'a communiqué que l'opéré a eu très-peu de fièvre le premier jour. Semblable au vieillard opéré par Fabini, qui le lendemain le trouva assis sur son lit, sans bandeau, battant briquet et allumant sa pipe, mon ami le trouva également, le second jour, sans bandeau, occupé à peller des pommes de terre. Sur les reproches qu'il lui fit de son imprudence, l'opéré s'excusa en disant qu'il croyait que cela ne pouvait occasionner aucun accident. Ses excuses furent moins triviales que celles de la vieille femme opérée par Carron du Villards, qui ôta son bandeau la nuit et le matin, elle se fâcha contre le docteur Clerc, qui lui montrait le danger d'une telle conduite, et elle lui dit : *si on ne veut pas que je voie, pourquoi m'a-t-on enlevé la cataracte?*

L'œil opéré de Bresseleers a été à peine enflammé. L'onguent mercuriel a été le seul moyen qu'il ait employé, moyen qu'il a continué pendant six semaines, et après ce temps on lui a appliqué des lunettes à cataracte. Depuis lors il vaque à sa besogne,

voit très-bien, et par suite de son travail sa famille a cessé d'être à la charge de la commune.

QUELQUES RÉFLEXIONS

SUR

L'OPÉRATION DE LA CATARACTE;

Par F. L. VAN CAMP.

La cataracte, lorsqu'elle affecte simultanément les deux yeux, est une des maladies les plus affligeantes dont l'homme puisse être atteint. Quoiqu'elle ne menace pas directement l'existence de l'individu, elle le prive d'un des sens qui lui procure le plus de jouissances et cette perte l'expose à d'incessants dangers.

Elle l'empêche d'éviter les corps qui peuvent nuire et de s'approcher des objets qu'il recherche. Aussi les chirurgiens se sont-ils beaucoup occupés des moyens qu'on doit lui opposer. Quoique dans ces derniers temps la chirurgie ait fait de tels progrès qu'on puisse la ranger au nombre des sciences les plus positives, quoique les chirurgiens les plus distingués de notre époque aient porté une attention toute spéciale sur toutes les questions qui se rattachent à la cataracte, quoique l'on ait singulièrement simplifié les procédés opératoires et qu'on les ait décrit avec une minutie scrupuleuse, cependant quelques points m'ont paru laisser à désirer dans la plupart des traités que nous possédons, et j'ai cru qu'il ne serait pas inutile d'y arrêter un instant l'attention des praticiens.

Je n'examinerai pas la question si longtemps débattue de la supériorité d'une méthode opératoire sur une autre, chacune d'elles peut trouver son application suivant les cas; mais un fait reconnu, c'est que le praticien retirera toujours plus d'avantages de celle qui lui est la plus familière. Quant à moi, comme méthode générale, je préfère l'abaissement; elle est moins brillante peut-être que l'extraction, elle donne un succès souvent moins complet;

cependant elle est plus facile à exécuter, elle expose à moins d'accidents, et elle réussit plus souvent; ce succès fût-il moins brillant, il me semble préférable de courir la chance d'une réussite incomplète, à celle de perdre sans retour tout espoir de rendre la vue au malade qui se confie entièrement à nos soins.

Voici les principaux points dont je m'occuperai dans ce travail : je dirai mon opinion sur la manière de diriger l'aiguille dans le premier temps de l'opération de la cataracte par abaissement, les auteurs n'étant pas généralement d'accord sur ce sujet; je parlerai ensuite de l'emploi de la belladone dans cette opération et je terminerai par quelques considérations sur la réascension du cristallin.

Roger, Sabatier, Richerand, et l'auteur de l'article sur la cataracte du *grand Dictionnaire des sciences médicales*, n'indiquent en aucune manière comment il faut diriger la pointe de l'aiguille dans le premier temps de l'opération.

Scarpa, Bell et Begin conseillent de la tenir de manière que la face convexe de la pointe regarde en avant, par conséquent un de ses bords tranchants étant tourné en haut et l'autre en bas ce qui est très-dangereux et ce qui est, en même temps, désavantageux comme nous tâcherons de le faire voir plus loin.

Dupuytren, quoique grand partisan de l'abaissement dans l'opération de la cataracte, ne dit pas un mot dans ses leçons orales, de la manière de diriger l'aiguille dans le premier temps de l'opération; il y décrit seulement la manière de diriger la pointe de son aiguille dans la *kératonyxis*, seul procédé opératoire qui s'y trouve décrit.

Quant à l'endroit auquel on doit introduire l'aiguille à travers la sclérotique, nul précepte n'est moins rationnel et plus vicieux que celui de Richerand et Coster qui choisissent le plan d'une ligne qui diviserait transversalement le globe de l'œil en deux parties égales.

En suivant ce précepte et en tenant l'aiguille comme Scarpa, Bell et Begin le prescrivent, on pénètre d'abord plus difficilement à travers les membranes de l'œil et ensuite on s'expose à blesser l'artère ciliaire longue qui peut occasionner une hémorrhagie interne, accidents des plus fâcheux dans cette opération

parce qu'elle trouble la transparence de l'œil, et empêche l'opérateur de suivre les divers mouvements qu'il est obligé de faire avec son instrument. J'ai été deux fois témoin de cet accident, quoique les opérations fussent pratiquées par des mains très-habiles et très-expérimentées. Pour comble de malheur elles n'ont amené aucun résultat favorable pour les opérés.

Pour éviter cet accident et pour faciliter, en même temps, l'introduction de l'aiguille, je choisis l'endroit de deux lignes derrière l'insertion de la cornée transparente à la sclérotique et deux et demi à trois lignes au-dessous de l'axe transversal de la pupille, je dirige la pointe de l'aiguille (celle de Dupuytren) de manière que la face convexe soit tournée en haut, l'un de ses bords tranchants en avant et l'autre en arrière; mais aussitôt que la pointe de l'instrument est parvenue dans la chambre postérieure, je tourne la face convexe de la pointe en avant et j'achève l'opération par le procédé ordinaire.

On voit que le lieu d'élection que j'indique n'est pas le même que celui qui a été déterminé par la plupart des auteurs, ce qui me porte à lui accorder la préférence, c'est qu'il peut arriver qu'au moment où l'on introduit l'aiguille, le patient porte brusquement l'œil en haut et, en choisissant l'endroit indiqué généralement, l'instrument vient s'arcbouter contre l'arcade sus-orbitaire et l'opérateur n'étant plus maître des mouvements de la pointe de l'aiguille, des parties que l'on a intérêt à ménager peuvent être blessées; cet accident sera d'autant plus à craindre que le sujet que l'on opère a les yeux plus enfoncés ou les arcades sus-orbitaires plus saillantes. Un autre motif me porte encore à préférer cet endroit pour introduire l'aiguille; c'est qu'en procédant ainsi, on éprouve beaucoup moins de difficulté à déprimer le cristallin, parce que, aussitôt qu'il se trouve abaissé audessous du champ de la pupille, on agit encore directement avec son instrument sur ce corps et cela au moment le plus délicat et le plus difficile de l'opération; car c'est de l'exécution de ce temps de l'opération, qu'en dépend en grande partie le succès, à part toutefois les complications et les accidents consécutifs. Lorsque, contrairement à cette pratique, on choisit l'endroit d'une demi-ligne au-dessous de l'axe transversal de la pupille,

lorsqu'on veut assigner au cristallin opaque sa nouvelle place, on n'agit alors qu'obliquement sur ce corps, qui, à cause de sa forme lenticulaire, tend constamment à fuir vers le talon de l'instrument où il éprouve le moins de résistance et il en résulte que l'opérateur doit souvent exécuter des manœuvres longues et fatiguantes avant de parvenir à le fixer.

En opérant ainsi que je l'ai indiqué, comme je m'en suis maintes fois assuré sur le cadavre, on pénètre très-facilement jusqu'au cristallin, parce qu'on divise la sclérotique suivant la direction de ses fibres longitudinales et en outre de cet avantage, on est sûr d'éviter de blesser l'artère ciliaire longue, si même il devait y exister une anomalie, ce qui d'ailleurs n'est pas fort rare à rencontrer dans le système artériel.

Les diverses directions que l'on a conseillé de donner à la pointe de l'aiguille proviennent probablement des différentes formes de celles dont on s'est servi jusqu'à nos jours; mais comme on se sert aujourd'hui, presque généralement, de celle de Dupuytren, ou de celle de Scarpa, qui d'ailleurs ne diffèrent entre elles que par rapport à leurs faces, il est possible de donner un procédé général; or celui que je viens de décrire me paraît le plus avantageux pour faciliter l'opération et la rendre plus sûre dans ses résultats.

L'emploi de la belladone ou de toute autre plante narcotique avant l'opération de la cataracte, soit pour s'assurer de l'existence de l'amaurose, soit pour reconnaître l'adhérence de l'iris avec la capsule cristalline, soit encore pour favoriser la dilatation de la pupille, afin de faciliter, dans le procédé par extraction, l'incision de la capsule ou la sortie du cristallin, soit enfin pour permettre de suivre dans une plus grande étendue les divers mouvements de l'aiguille, dans le procédé par abaissement, a sans doute été suggéré par l'effet que ces plantes exercent sur le diaphragme irien, en dilatant la pupille, dans l'empoisonnement produit par leur ingestion.

Ce fait a été constamment observé, comme le dit Orfila, dans toutes les observations et les expériences qu'il a faites et qu'il a rapportées dans sa *Toxicologie générale.*

Quelques auteurs tels que Scarpa, Bell, Begin, etc., ne font

pas mention de ce moyen, tandis que d'autres y ont beaucoup insisté ; mais ils ne se sont pas attaché à faire connaître dans quels cas ce moyen est plus spécialement indiqué.

Quant à moi, je pense qu'on ne doit jamais s'en servir lorsqu'on opère par abaissement, bien entendu lorsqu'on s'est préalablement assuré qu'il n'existe aucune complication; et qu'il est indispensable au contraire de dilater la pupille quelques heures avant l'opération par extraction. L'utilité qu'on en retire dans ce cas est trop reconnue et trop prouvée pour que je m'y arrête un seul instant.

On m'objectera, sans doute, que la pupille est quelquefois tellement contractée, qu'elle égale au plus en grandeur la tête d'une épingle, ainsi que Dupuytren et d'autres en rapportent des exemples.

J'admets le fait; mais je répondrai à cela que, lorsqu'on rencontre cet état (resserrement permanent), c'est une des plus grandes contre-indications de l'opération, attendu qu'il dénote un état anormal dépendant toujours soit d'un iritis, d'une rétinite ou d'une congestion cérébrale, et que quiconque, dans cette circonstance, aurait assez de témérité pour entreprendre l'opération avant d'avoir combattu cette complication, s'exposerait indubitablement à la voir manquer ou à la voir suivie d'accidents très-graves, qui pourraient même mettre quelquefois les jours de l'opéré en danger.

J'ai dit qu'on ne doit pas dilater la pupille au moyen de la belladone lorqu'on se propose d'opérer par abaissement, et cela parce que je crois que, la cataracte étant exempte de toute complication, la pupille est toujours suffisamment dilatée pour permettre l'opération, car, lorsque le cristallin ou sa capsule est devenu opaque, de manière à empêcher totalement le passage des rayons lumineux, le sujet qui en est atteint se trouve placé, pour ainsi dire, dans les mêmes conditions que celui qui se trouve dans l'obscurité, ayant la vue bonne et saine. Il arrive alors que, dans le but de donner passage à quelques rayons lumineux par les parties périphériques dans la cataracte, ou pour permettre à un plus grand nombre de faisceaux lumineux de parvenir jusqu'au fond de l'œil, chez l'homme étant dans l'ob-

scurité et ayant la vue saine, la pupille se dilate beaucoup plus que dans l'état ordinaire et facilite ainsi l'opération, tout en indiquant à l'opérateur le degré de sensibilité de la rétine.

On peut me faire encore l'objection suivante, que l'on doit dilater la pupille avant l'opération par l'abaissement dans la crainte de blesser l'iris avec la pointe de l'aiguille et d'occasionner par là le resserrement de la pupille, etc.

Je crois qu'au chirurgien expérimenté il arrivera rarement de blesser l'iris dans cette opération; on a d'ailleurs, selon moi, exagéré le danger de la blessure de l'iris en accordant à cette membrane un trop grand degré de sensibilité. J'ai fait, à cet égard, sur un lapin japonais, différentes piqûres sur l'iris avec l'aiguille à cataracte, sans observer qu'à la suite il soit arrivé aucun changement dans sa forme et sans avoir donné lieu par cette pratique à aucun accident inflammatoire.

L'iris de la plupart des animaux et notamment des lapins ayant la même structure que celle de l'homme, nous ne voyons pas pourquoi nous n'aurions pas développé par notre expérience, les accidents que l'on redoute tant de la blessure de l'iris chez l'homme, si cette partie jouissait de la grande sensibilité dont on s'est plu à la douer.

Le dernier point sur lequel je veux attirer l'attention est la réascension du cristallin, après l'opération par abaissement. Tous les auteurs mettent en première ligne les mouvements de la tête, la toux.

Je puis difficilement partager leur opinion à cet égard, à moins que les premiers ne soient désordonnés et que la toux ne soit plus ou moins convulsive; car on ne pratique guère une opération après laquelle les opérés suivent plus à la lettre les ordonnances de l'opérateur que dans celle de la cataracte, puisqu'ils conçoivent dans cette circonstance trop bien leur propre intérêt, à moins qu'on ait à faire à des enfants dont l'intelligence n'est pas encore assez développée pour apprécier tous les avantages de la vue.

Pour empêcher les mouvements qui pourraient quelquefois occasionner la réascension du cristallin, M. Dupuytren place ses malades en les opérant au lit et dans une position horizontale,

et c'est à cette précaution qu'on lui attribue, en quelque sorte, un si grand nombre de réussites par son procédé de prédilection, l'abaissement.

Quant à moi, je ne vois dans cette position pas grand avantage en réprimant les mouvements, le désir de recouvrer la vue étant pour moi chez les cataractés qui se soumettent à l'opération, une caution suffisante de leur docilité; mais elle offre un avantage incontestable, celui de prévenir la syncope, accident très-désagréable et qu'il est toujours prudent de prévenir, ce que l'exemple suivant cité par le docteur Gaillard fera d'ailleurs ressortir.

« L'opération fut faite par extraction; le malade avait été
» placé sur une chaise, et à peine le chirurgien avait-il achevé
» la section de la cornée transparente, qu'il survint une syn-
» cope tellement forte que l'opération ne put être achevée. Le
» cristallin resta en place, la guérison de la plaie se fit, et quel-
» ques mois après, le malade fut opéré de l'autre œil, par le
» même chirurgien et suivant le même procédé. On l'avait
» placé comme la première fois, sur une chaise; une syncope
» eut encore lieu, et ce ne fut qu'après beaucoup de temps et
» de difficultés qu'on parvint à terminer l'opération. »

Quant à la toux, si la personne cataractée est atteinte d'un rhume ou de toute autre maladie de poitrine qui la provoque, on s'abstiendra, je pense, de l'opérer, et on tâchera de combattre premièrement la complication. Il peut se faire cependant que, comme cela s'observe chez les vieillards, les sujets cataractés soient atteints d'un de ces catarrhes chroniques, dont ils ne se débarrassent jamais complétement; ce ne serait pas une raison de les priver des bienfaits de l'opération. D'ailleurs après avoir déprimé on extrait le cristallin, on a toujours bien soin de défendre strictement de parler, de rire, ou de faire usage de toute boisson ou nourriture qui pourrait déterminer la toux. On évite avec le même soin toute cause capable de provoquer l'éternuement. En tout cas, s'il arrive que l'opéré sente le besoin de tousser ou d'éternuer, il sait tenir la tête assez immobile par la volonté qu'il a sur l'action musculaire, pour qu'elle ne participe en aucune manière à l'ébranlement occasionné par les

secousses de la toux. Pour s'assurer de ce fait, on n'a qu'à se placer devant un miroir et à tousser volontairement, et dès lors on sera convaincu que la toux n'occasionne pas toujours de grands déplacements au globe de l'œil.

Ajoutons encore à cela que l'œil est entièrement isolé de toutes les parties dûres, que sa forme ronde, la manière dont il est couché mollement sur un coussin graisseux, entouré de tous côtés par la même substance, contigu seulement par son pédicule, le nerf optique, avec le cerveau, organe très-mou et très-pulpeux dont la moindre oscillation ne manquerait pas d'occasionner des grands désordres dans toute l'économie, et nous admettrons difficilement que, ni la toux, ni les mouvements de la tête modérément exécutés, puissent être considérés comme étant la cause principale de la réascension du cristallin.

A quoi attribuer qu'elle soit si fréquente après l'opération par abaissement? Je pense que ce doit être le plus souvent les contractions involontaires des muscles propres de l'œil qui l'occasionnent. Car lorsqu'on opère par extraction et qu'on éprouve de la difficulté à faire sortir le cristallin opaque après avoir incisé sa capsule, on recommande de ermer les paupières et d'y faire avec le pouce de douces frictions, à l'instar de celles qu'on fait avec la main sur l'abdomen de l'accouchée vers la région de la matrice, dans les pertes utérines dépendantes d'une inertie de l'organe de la parturition, après l'accouchement, dans le but d'exciter les contractions de cet organe, qui font cesser comme par enchantement l'hémorrhagie utérine, comme les muscles propres de l'œil en se contractant font également sortir le cristallin, et non parce qu'on pourrait croire que par l'occlusion des paupières la pupille se dilate davantage, puisqu'elle est ordinairement dilatée outre mesure par l'emploi de l'extrait de belladone qu'on a eu soin d'instiller dans les yeux avant l'opération, et je dirai même qu'elle ne peut y contribuer en aucune manière, parce qu'elle se trouve alors quelque temps dans une parfaite immobilité.

En effet, en comparant l'œil à un instrument dioptrique, tel qu'une lunette, il ne me paraît pas si absurde d'admettre avec Foterfield, Pravaz et sir Ev. Home, que l'action des muscles

propres de l'œil modifient plus ou moins cet organe pour voir à diverses distances. Ainsi les muscles directs, en se contractant, enfonceraient l'œil dans l'orbite et le raccourciraient pour voir les objets rapprochés, et au contraire les deux obliques, en le tirant en avant, l'allongeraient pour voir les objets éloignés.

Quelques naturalistes prétendent même avoir observé un changement de forme de la cornée transparente chez les *phoques* en leur présentant à voir des objets à diverses distances. Je ne m'étendrai pas davantage sur le changement de position que quelques physiologistes attribuent au cristallin par l'action musculaire, ni sur l'usage supposé des procès ciliaires par Kelper, ni sur le rôle que Jacobson fait jouer à l'humeur aqueuse en s'engageant dans le canal de Petit ou Goudronné, ni sur les conclusions que d'autres tirent de la membrane peigne chez les oiseaux.

L'exemple suivant, que M. Demours rapporte dans son *Traité des maladies des yeux,* prouve à l'évidence la faculté que possèdent certains individus de faire voyager à volonté leur cristallin cataracté de la chambre postérieure dans la chambre antérieure, et puis de là le faire retourner à sa place, ce qui vient encore corroborer l'opinion que j'ai émise de la contraction musculaire comme cause principale de la réascension du cristallin.

« MM. le docteur Tillard et Busnel étaient chez moi, le » 30 juillet 1817, lorsque M. Gastel, affecté de cataracte, fit » passer en leur présence le cristallin opaque dans la chambre » antérieure et le fit repasser derrière l'iris, etc. » J'ai seulement voulu rapporter tout ce qui précède à l'appui de mon opinion sur la cause principale de la réascension du cristallin déprimé, mais en admettant toutefois avec le plus grand nombre des physiologistes, que la pupille joue le principal rôle en se dilatant ou se contractant pour voir les objets à diverses distances. Je ferai encore la réflexion suivante : c'est qu'une trop grande dilatation de la pupille, obtenue par l'emploi de la belladone avant l'opération par abaissement, peut beaucoup favoriser la réascension du cristallin et sa chute dans la chambre antérieure, soit par l'action musculaire ou par toute autre cause

souvent inconnue; puisqu'alors le cristallin abaissé n'éprouve du côté de l'iris, qui est presqu'entièrement effacé, qu'une très-faible résistance à surmonter pour occuper sa place première, ce qui serait une raison de plus pour prescrire l'emploi de la belladone avant l'opération par abaissement.

En admettant que les contractions des muscles propres de l'œil soient la cause principale de la réascension du cristallin, il s'agit d'indiquer un moyen pour les prévenir. Celui qui me semble devoir le mieux réussir, ce sont les lavements laudanisés quelques heures avant l'opération, moyen que M. Dupuytren conseille lorsqu'on doit faire l'opération de la cataracte et que les yeux sont atteints de mouvements convulsifs.

Pour se rendre raison de l'effet que produit l'action musculaire sur le globe de l'œil, on peut volontairement occasionner des mouvements convulsifs. Pour les obtenir on n'a qu'à fermer un œil et regarder un instant dans un miroir concave en forme de gouttière, et à cet instant même l'œil qui est fermé entre en convulsion, et si l'on prolonge seulement une minute l'expérience, elle est suivie d'une forte céphalalgie et d'une douleur dans le globe de l'œil.

On peut obtenir presque le même effet, mais avec cette différence que les contractions et la douleur sont moins intenses, en fixant également de la même manière un point noir qu'on aurait fait au milieu d'une feuille de papier blanc.

Cette expérience prouve clairement la sympathie directe qui existe entre les deux yeux, point qu'on ne peut jamais perdre de vue dans le traitement des différentes maladies dont ils peuvent être atteints, ainsi que dans toutes les opérations qu'on pratique sur ces organes.

Enfin elle confirme mon opinion sur la principale cause de la réascension du cristallin, accident qui a eu lieu chez les quatre personnes que j'ai eu occasion d'opérer et dans les yeux desquelles j'avais instillé de l'extrait de belladone avant l'opération par abaissement; néanmoins j'ai eu la satisfaction de voir par la suite ces opérations couronnées de succès.

Telles sont, Messieurs, les réflexions que je voulais vous soumettre sur l'opération de la cataracte; je m'estimerai heureux si

elles sont de nature à donner lieu à une discussion dont il puisse résulter quelqu'avantage pour la science que nous cultivons.

Anvers, 26 juin 1840.

MÉMOIRE

SUR

QUELQUES MODIFICATIONS A APPORTER AU BANDAGE AMIDONNÉ DU PROFESSEUR SEUTIN;

Par le docteur P. J. VANMEERBEECK (de Malines).

« Voilà des travaux que j'ai suscités en posant
» des principes nouveaux qui leur ont servi de
» base; voilà des perfectionnements qui se sont
» appuyés sur ma méthode. . . . . »

Paroles de M. Seutin dans sa lettre à la Gazette médicale de Paris, 1er décembre 1838.

PREMIER ARTICLE.

BANDAGE AMIDONNÉ BIVALVE SANS INCISION.

Il y a bientôt un an, que je soutins à l'Université catholique de Louvain, une thèse sur le bandage amidonné, sur la méthode de traiter les fractures, par un appareil à volonté amovible ou inamovible, dont M. Seutin a doté le monde médical. Je fus porté à choisir ce sujet, de préférence à tout autre, parce qu'une observation consciencieuse et une expérience de plusieurs années, m'avaient convaincu de ses avantages, et que je voulais faire passer cette conviction dans l'esprit des praticiens timorés, en leur démontrant les différences qui existaient entre la méthode de M. Seutin et celle antérieure de M. Larrey, avec laquelle plusieurs chirurgiens ne cessaient de la confondre.

Depuis ce temps, le bandage amidonné a été l'objet constant de mes études et de mes recherches; je me suis tenu au courant de toutes les publications qui ont paru sur cette méthode de traitement des fractures; j'ai analysé, discuté, et mis à l'épreuve les différentes modifications ou objections, qui furent tour à tour proposées. C'est ainsi, que je lus, au mois de décembre dernier, dans une lettre que M. Seutin avait adressée au *Bulletin général de thérapeutique* de Paris (1), en réponse à un article de M. Malgaigne, qui lui objectait que l'incision du bandage entraînait trop de dépenses, les paroles suivantes : « J'ai indiqué » publiquement à Paris, qu'au moyen d'un procédé particulier, » l'on peut se passer de la section, tout en obtenant les avan- » tages de celle-ci; et je ferai connaître sous peu la manière de » le confectionner de façon à ce qu'il présente une ouverture » antérieure sans nécessiter pour cela l'incision au moyen des » ciseaux. »

Ces paroles excitèrent grandement mon attention, je me mis à réfléchir sur les moyens que M. Seutin devait mettre en usage pour obtenir la division du bandage sans l'inciser; tout à coup une idée me vint, j'imaginai un procédé qui était un appareil bivalve sans incision, et, tout joyeux, je m'écriai : c'est cela, c'est bien cela, ce que M. Seutin doit avoir trouvé; honneur à lui, qui vient encore d'ajouter une amélioration à une méthode, qui réunit déjà tant d'avantages; attendons qu'il fasse connaître son procédé, et ne lui ravissons pas, par une publication intempestive, la gloire qui lui revient de droit.

Je ne donnai donc aucune suite à mon idée, et, mon voyage à Paris, que j'entrepris quelques jours plus tard, me la fit presque entièrement perdre de vue. Car, qui le croirait? non-seulement je ne trouvai pas à Paris, le procédé que M. Seutin disait y avoir enseigné publiquement, mais même je n'y vis *aucun bandage amidonné, aucun appareil construit suivant la méthode amovo-inamovible.* Le voyage que M. Seutin avait fait à Paris au mois d'août de l'année dernière, pour y faire connaître

(1) Cahier de novembre 1839. Reproduite dans l'*Encyclographie des sciences médicales*, livraison de décembre 1839.

sa méthode, avait donc été inutile. Et, en pouvait-il être autrement? l'amour-propre national, qui est si développé chez les Français, ne fait-il pas qu'ils n'adoptent une invention, une amélioration étrangère, qu'avec la plus grande difficulté? S'ils ne peuvent se l'approprier, et la faire passer pour française, ils la repoussent assez souvent, ou dédaignent d'en parler, de s'en servir. C'est ce qui arriva à la méthode de M. Seutin; après avoir reçu l'auteur avec cette urbanité, cette politesse, que tout le monde leur connaît; après avoir mis à sa disposition des fracturés dans tous les services des hôpitaux (un seul excepté); après avoir vu de leurs yeux les avantages que procurait la nouvelle méthode; après en être convenu avec l'auteur et lui avoir promis de n'employer dorénavant que des appareils construits d'après sa méthode, ils retombèrent immédiatement après son départ dans *la vieille ornière;* et aujourd'hui, c'est encore la méthode inamovible, la méthode de Larrey, modifiée d'abord par M. Seutin, puis par M. Velpeau, qu'on y emploie.

Il y a quatre ans déjà qu'en Belgique on n'emploie plus la méthode inamovible, et qu'on lui a substitué la méthode amovo-inamovible, qui, loin de conseiller de laisser le bandage appliqué jusqu'à la guérison de la fracture, exige impérieusement qu'on visite de temps en temps le membre fracturé, pour combattre et prévenir les accidents qui accompagnent quelquefois une fracture.

Si maintenant on admet, avec la majorité des chirurgiens belges, que la méthode amovo-inamovible soit un progrès, qu'elle soit meilleure et moins dangereuse que la méthode inamovible qui l'a précédée, il faut nécessairement admettre aussi, que les chirurgiens français sont *arriérés dans le traitement des fractures.*

Je fus donc loin de trouver le nouveau procédé indiqué par M. Seutin, pour éviter l'incision du bandage, tout en le rendant bivalve, dans cette ville, où l'on ne comprend pas, ou plutôt où l'on ne veut pas comprendre tout ce qu'il y a d'avantages attachés à une méthode qui permet d'avoir en même temps un appareil amovible et inamovible à volonté. Ce ne fut qu'au mois de juin de cette année, que je pus lire la description de ce procédé dans

le nouvel ouvrage sur le bandage amidonné, que M. Seutin vient de publier (1) et qu'il me fit parvenir par occasion, à Paris.

Voici ce qu'on y lit, dans l'*Aperçu sur le mode d'application du bandage amidonné*, par MM. Simonart et Pourcelet, internes à l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles (page 335) : « Veut-on, » outre la faculté de pouvoir resserrer, se réserver celle d'in- » specter le membre, sans inciser le bandage, ni communiquer » au membre d'ébranlement ou de soulèvement nuisible? On se » sert de bandelettes de Scultet, disposées en trois couches : le » premier et le deuxième plan ne sont pas amidonnés; entr'eux » sont déposées les attelles de carton, qu'on évite aussi d'ami- » donner et de préférence encore, on emploie les *attelles de* » *précaution,* ou celles que nous avons décrites pour y sup- » pléer (2); pour plus de solidité, on place entre la couche » moyenne des bandelettes et la couche extérieure, d'autres at- » telles de carton, plus larges que les premières et à peine hu- » mectées; le plan extérieur des bandelettes est seul couvert » d'amidon. De cette façon il suffit d'imprégner d'eau la couche » superficielle du bandage, pour le rendre aussi amovible que » les bandages de la méthode ancienne. »

Qu'on juge de mon étonnement à la lecture de cette description; j'avais cru que le procédé que j'avais imaginé dans le temps devait être le même que celui que M. Seutin se proposait de faire connaître, et je voyais maintenant que c'était tout autre chose; au lieu d'un bandage facile à démolir, comme celui décrit dans le livre de M. Seutin, on obtient par mon procédé un véritable bandage bivalve, solide, résistant, absolument comme celui que donne l'incision.

Je vis alors que j'avais mal fait de ne pas faire connaître plus tôt mon procédé; aussi je me hâtai de le mettre à l'épreuve, et le succès ayant répondu à mon attente, j'ai tracé à la hâte ces quelques lignes, que je viens soumettre à vos observations et à vos lumières, en même temps que j'expose à vos yeux une coque

(1) *Du bandage amidonné, ou recueil de toutes les pièces composées sur ce bandage*, par M. Seutin. Bruxelles, 1840.

(2) Voir pour l'explication de ces termes, l'ouvrage cité.

bivalve sans incision et que je suis prêt à faire devant vous l'application du bandage d'après ce nouveau procédé.

Voici en quoi il consiste.

1° *Pièces nécessaires et préparation de l'appareil.*

Sur un coussin de forme voulue, assez résistant, recouvert d'un drap fanon, on place successivement : 1° Deux baguettes en acier poli, à arètes arrondies, larges de 3 à 5 lignes (1 centimètre), épaisse de 1 à 1 1/2 ligne (2 millimètres), d'une longueur telle, qu'elles dépassent en haut et en bas la longueur du membre fracturé; leur disposition sur le drap fanon doit être telle que placées en dehors de l'endroit qu'occupera le membre, leur direction soit parallèle à la direction de celui-ci.

2° Un premier plan de bandelettes de Scultet, disposées suivant la manière ordinaire, avec cette différence seulement, que les bandelettes supérieures doivent imbriquer sur les inférieures, au lieu d'observer la disposition contraire comme on le fait dans tout autre cas.

3° Deux autres baguettes en acier, pareilles aux précédentes, disposées de la même manière, mais placées un peu en dedans des premières.

4° Un second plan de bandelettes de Scultet, ayant la même disposition que celles du premier plan.

D'un autre côté, on tient prêt, des attelles de carton, de l'eau, de l'amidon, des bandes roulées, etc., etc. Une talonnière si l'application se fait au membre inférieur, des compresses graduées si c'est à l'avant-bras, etc.

2° *Application de l'appareil.*

L'appareil ainsi disposé on le place sous le membre du malade, et, comme dans tout autre pansement de fracture, deux aides sont chargés de faire l'extension et la contre extension. La coaptation faite, le chirurgien et un aide instruit se saisissent chacun des deux extrémités opposées des baguettes en acier supérieures, les soulèvent en soulevant en même temps le plan des

bandelettes qui les recouvre, et, en rasant la surface latérale du membre ils rapprochent les baguettes vers la face antérieure de celui-ci jusqu'à un quart à un demi pouce de distance (1). De cette manière le plan supérieur des bandelettes de Scultet est exactement appliqué contre le membre dans la presque totalité de sa circonférence. Alors les deux baguettes sont confiées à deux aides, qui les saisissent par les extrémités et qui doivent avoir soin de les tenir appliquées contre le membre d'une manière fixe, immobile, en observant que l'intervalle qui existe entr'elles reste toujours le même. On prend ensuite un pinceau trempé dans de l'amidon et on en enduit toute la superficie externe du plan des bandelettes appliquées contre le membre. Cela fait, le chirurgien et son principal aide, placés des deux côtés opposés du membre, se saisissent chacun d'une des extrémités des bandelettes, en commençant par la plus inférieure, et, (au lieu de la croiser sur la face antérieure du membre comme cela se fait dans l'application des bandelettes de Scultet) la replient chacun de son côté, sur la baguette en acier, qui sert ainsi de poulie de renvoi, la reportent d'avant en arrière et l'appliquent contre le plan postérieur du membre. Ils font la même manœuvre successivement pour chacune des bandelettes en finissant par la plus supérieure. Il n'est pas bien difficile de replier les bandelettes sur les baguettes, et il est très-facile de les appliquer convenablement contre la face postérieure du membre parce que rencontrant là un plan amidonné ils s'y collent immédiatement et ne se dérangent plus.

Ce premier plan de bandelettes de Scultet étant appliqué, on promène de nouveau le pinceau enduit d'amidon sur toute leur surface restée à découvert.

Après cela, il s'agit d'appliquer les attelles en carton mouillé, ou mieux les attelles en carton sec ayant la forme du membre, dont j'ai parlé ailleurs (2). Cette application n'offre rien de particulier, seulement il est bon d'observer qu'il est inutile de

(1) Cet intervalle peut être plus ou moins grand, suivant que l'on prévoit qu'il faudra resserrer ou élargir le bandage.

(2) *Considérations sur la compression circulaire permanente amovible*, page 57.

recouvrir leur face interne d'amidon. C'est ici aussi le moment de poser la talonnière quand on agit sur le membre inférieur.

Reste le dernier plan des bandelettes de Scultet. Son application se fait exactement de la même manière que celle du premier plan. Les baguettes en acier sont tenues fixées par les mêmes aides, un peu en dehors des précédentes, les bandelettes appliquées avec le même soin et de la même manière; seulement on ne doit plus enduire d'amidon leur surface qui reste à découvert après l'application totale du bandage.

Si maintenant nous examinons ce que nous venons d'obtenir par notre procédé, nous trouverons avoir un bandage contentif, circulaire, offrant une division antérieure, par conséquent bivalve, et qui, une fois qu'il sera sec, offrira toute la consistance désirable. On aura remarqué que le lien qui sert de point d'union à tout le bandage, ce sont les baguettes en acier, et que, dès qu'on enlèverait ou dérangerait celles-ci, tout le bandage serait déformé. Il faudra pourtant les enlever, et les remplacer par un moyen qui rende le bandage fixe après leur enlèvement. C'est ce qu'on obtient en entourant tout l'appareil d'une bande roulée amidonnée ou non; pour plus de solidité on renforce le bandage d'attelles provisoires en carton peu mouillé, ou de fanons roulés dans le drap fanon, le tout retenu par des liens comme dans l'application ordinaire d'un appareil à fractures. Le bandage ainsi fixé, on enlève les baguettes, ce qui se fait très-facilement, vu qu'elles glissent sans peine dans les gouttières que leur forment la réunion des bandelettes réfléchies; on passe ensuite la main sur le bandage encore mou, pour déprimer et égaliser ces mêmes gouttières.

Une précaution utile, c'est de placer une légère couche d'ouate ou de coton cardé dans l'intervalle que laissent les deux baguettes pour que le membre n'ait pas à souffrir de la compression, que pourrait exercer la bande roulée.

Dès que le bandage est sec, on enlève les attelles extérieures et la bande roulée, et on trouve la coque bivalve, dure, résistante, entourant parfaitement le membre, s'ouvrant et se fermant à volonté et laissant ainsi toute liberté d'inspecter le membre, sans lui faire subir le moindre déplacement, sans occasionner le

plus petit ébranlement des surfaces osseuses. On referme le bandage en l'entourant de nouveau d'une bande roulée amidonnée et immédiatement après, il est aussi solide qu'aucun autre.

Voilà tout ce que l'on peut dire d'une manière générale sur l'application d'un *bandage bivalve sans incision;* il va sans dire maintenant, qu'une foule de modifications deviendront nécessaires, que certaines précautions devront être prises, suivant le membre sur lequel on l'applique; j'y ai réfléchi et je vais indiquer quelques-unes d'entr'elles, laissant au temps et à l'expérience le soin d'en signaler d'autres.

C'est ainsi que dans la fracture de la jambe ou de la cuisse, il faudra, qu'avant d'appliquer le bandage, on entoure le pied et le coude-pied d'une bande roulée; de même qu'on n'oubliera pas, dans les fractures des membres supérieurs, de commencer par faire le gantelet.

Pour ce qui regarde l'endroit du membre, où doit se trouver l'intervalle que laissent entr'elles les baguettes, deux choses sont à observer : 1° quel point du membre doit être ménagé par la pression; 2° dans quel point on appliquera le plus facilement les baguettes, pour qu'elles touchent le membre dans toute leur étendue, tout en conservant leur direction parallèle.

Cette dernière disposition peut offrir plus ou moins de difficultés, suivant la configuration du membre sur lequel se fait l'application. Si le membre est cylindrique dans toute son étendue comme le bras, ou offre deux surfaces plus ou moins planes comme l'avant-bras, on n'aura que l'embarras du choix de l'endroit où l'on veut que se trouve l'intervalle. A la jambe, qui offre une disposition conoïde, et que deux éminences, la rotule et le pied, bordent à ses deux extrémités, il n'en sera plus tout à fait de même; ici le choix est plus restreint, il faudra laisser l'intervalle, à la partie antérieure un peu interne; en dedans de la crête du tibia, ou bien à la partie antérieure et externe en dehors de cet os. A la cuisse d'autres difficultés se présentent; si cette partie du membre inférieur devait seule être recouverte d'un bandage bivalve, rien ne serait plus facile, mais il est de règle et de nécessité de comprendre la jambe dans le même appareil. Or, la jambe et la cuisse n'étant pas sur le même plan,

les baguettes s'y appliqueront avec difficulté; elles devront avoir une longueur extrême, et, perdant ainsi en solidité, elles se laisseront aller à leur élasticité pendant la confection du bandage, à moins qu'un troisième aide ne les fixe contre la partie latérale du genou, car c'est à la partie latérale externe que l'ouverture devra être ménagée. Certes ces obstacles ne seraient pas insurmontables, avec un peu de patience et de dextérité on en viendrait à bout; mais qu'on me permette une question ici : Faut-il que dans une fracture du fémur on examine l'état de la jambe avec autant de soins que celui de la cuisse?

Dans une fracture de la cuisse, la jambe n'est pas malade; rarement elle devient le siége d'un gonflement ou d'une inflammation; en l'entourant d'une bande roulée, on ne doit pas craindre d'y voir survenir des accidents, ou de trouver le bandage trop serré ou trop spacieux après quelques jours; on pourrait donc, peut-être, répondre : non, à la question posée, et dans cette supposition, il suffirait, dans les fractures de la cuisse, d'entourer la jambe d'un bandage amidonné ordinaire et de réserver le bandage à baguettes exclusivement pour la cuisse, ce qui en rendrait l'application extrêmement facile. Il serait inutile de donner ici des détails sur le mode d'application de ces deux moyens combinés, et sur la manière dont on passe d'un mode de déligation à un autre, puisque tout chirurgien un peu versé dans l'art des bandages peut très-bien se figurer comment il faudrait y procéder.

Je suis loin, toutefois, de vouloir préconiser cette manière de faire, d'autant plus qu'il existe un moyen d'obtenir un bandage bivalve depuis le pied jusqu'à l'aine, sans devoir employer les longues baguettes, dont nous avons vu que l'emploi est assez difficile. Ce moyen consiste à employer quatre paires de baguettes, deux paires pour la jambe, deux autres pour la cuisse, se joignant vers le genou, et à construire le bandage en deux temps; entourer la jambe d'abord, la cuisse ensuite.

De cette manière même on pourrait construire des bandages bivalves propres à maintenir les membres dans la flexion, lorsque cette indication existe, comme dans la fracture de l'articulation huméro-cubitale.

Peut-être même pourrait-on dans ce cas se servir de baguettes coudées.

La rapidité avec laquelle j'ai dû confectionner ce travail, après mon retour de Paris, pour pouvoir vous le présenter à ma première apparition au sein de la Société, ne m'a pas permis d'expérimenter toutes les particularités que j'indique ici; j'ai dû me hâter de vous faire connaître le procédé lui-même, pour ôter le plus tôt possible tout prétexte à ceux qui ne veulent pas employer le bandage amidonné, en alléguant la mauvaise raison qu'il détruit le linge.

Cette précipitation ne m'a pas permis, entr'autres choses, d'essayer si dans la fracture du col de l'humérus et de la clavicule, des baguettes courbées, sur la configuration de la partie, ne pourraient pas rendre les mêmes services que les baguettes droites dans les fractures des membres. J'espère pouvoir communiquer quelques détails ultérieurs sur ces différentes questions dans un prochain article, que je présenterai à la Société.

Quant à la fracture du col du fémur, elle est passible du même traitement et des mêmes considérations que celle du corps de cet os.

La fracture des côtes s'accommodera aussi très-bien des baguettes droites, qu'on appliquera parallèlement à l'axe du corps.

Avantages du nouveau procédé.

Si nous réfléchissons sur les avantages que peut nous procurer le nouveau procédé, nous trouvons en premier lieu l'économie.

D'après la méthode amovo-inamovible, la seule qu'on puisse employer sans danger et sans témérité, il faut du troisième au quatrième jour inciser le bandage dans toute sa longueur. Dans quelques hôpitaux, dans ceux de Paris surtout, on s'est récrié sur les dépenses qu'occasionnait la destruction des bandelettes, et cette raison, quelque peu fondée qu'elle soit, a été suffisante pour exclure totalement la méthode amovo-inamovible (1).

(1) Je dis que cette raison est peu fondée, parce que dans ces mêmes hô-

Le moyen proposé par M. Seutin (dans son ouvrage cité plus haut), pour éviter l'incision, réduit presque le bandage amidonné à un appareil de bandelettes de Scultet ordinaire, puisqu'on le démolit en entier quand on veut examiner le membre fracturé, temps pendant lequel celui-ci n'étant plus protégé par une coque solide, les fragments sont sujets à être ébranlés ou dérangés. Aussi lit-on quelques lignes plus loin dans le même ouvrage (p. 336) : Quoi qu'il en soit, la section du bandage » nous a toujours paru devoir être préférée à cause du peu » d'ébranlement qu'elle communique au membre blessé, de la » facilité qu'elle laisse pour son inspection et pour remplir » toutes les indications qui peuvent s'offrir à l'explorateur. »

Dans le procédé que nous proposons, tous ces avantages se trouvent réunis avec la conservation; notre bandage bivalve offre une véritable coque entourant tout le membre, empêchant tout déplacement, tout ébranlement des fragments pendant qu'on l'examine, enfin s'ouvrant et se fermant à volonté.

La dépense qu'occasionne l'achat des baguettes en acier est si minime, que certes elle ne peut entrer en ligne de compte, d'autant plus qu'elle dispense d'acheter les ciseaux de M. Seutin, et que les mêmes baguettes peuvent servir pour toutes les fractures indistinctement. Je crois même qu'au besoin on pourrait les remplacer par des baguettes en bois de chêne, un peu plus larges et un peu plus épaisses.

Malines, 17 juillet 1840.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

La part active que vous avez prise dans quelques discussions, qui

pitaux où l'on craint une dépense de quelques centimes en fait de bandelettes, on emploie des méthodes qui nécessitent que le malade séjourne à l'hôpital le triple du temps qu'il y reste communément quand on met en usage la méthode amovo-inamovible. Ainsi pour épargner quelques centimes on dépense plusieurs francs !

(1) Dr Goessens, *rapporteur*, E. Henrotay et F. L. Van Camp, *commissaires.*

se sont élevées au sujet du bandage de M. le professeur Seutin, vous a permis de suivre une à une toutes les modifications que notre compatriote a fait subir à son appareil. Vous avez pu apprécier les avantages de ce moyen, vous avez vu les applications nombreuses et nouvelles dont il est susceptible. Dans les dissertations qui ont eu lieu dans votre sein, M. Van Meerbeeck vous a déroulé ce tableau des maladies dans lesquelles l'appareil amidonné peut trouver une heureuse application.

Un cas pathologique dont il n'a fait aucune mention dans sa thèse et dans lequel ce moyen peut être avantageux, c'est le bubon. L'un des membres de votre commission l'a mis quelquefois en pratique dans les cas où la compression était indiquée et il en a obtenu d'heureux résultats. On conçoit en effet que la compression exercée par une simple bande dans la région inguino-crurale se dérange au moindre mouvement, qu'elle forme facilement des plis qui exercent une compression douloureuse et irrégulière; tandis que la bande amidonnée n'exige guère qu'un jour de repos absolu après lequel le malade peut se livrer à des mouvements très-étendus sans craindre de voir son bandage se déranger. Ce sont là des avantages non contestables.

Dernièrement encore vous avez décidé l'impression d'un mémoire de M. le docteur Pierard, dans lequel il signale l'heureux emploi qu'il a fait de ce moyen dans l'opération du bec de lièvre. Cette application avait d'ailleurs déjà été indiquée par M. Van Meerbeeck, mais il ne l'avait pas encore mise en usage.

Le bandage amidonné, croyons-nous, rendra chaque jour des avantages plus signalés et plus nombreux à l'art de guérir, et son emploi d'abord restreint au traitement des fractures des membres, est destiné à s'étendre à une foule d'autres cas chirurgicaux dont on ne peut dès à présent calculer toute la portée. Les perfectionnements que son auteur y a successivement apportés lui permettent de remplir les indications les plus précieuses et au premier abord les plus opposées. Il est à la fois léger et solide, il contient parfaitement les parties tout en permettant au chirurgien de suivre exactement les modifications que chaque jour amène dans la partie malade, et tout en laissant une issue libre aux liquides et aux solides dont il doit faciliter la sortie; il enlève en même temps tous les inconvénients attachés au repos absolu, que l'on devait autrefois faire garder au malade. Si à ces avantages on ajoute qu'il est peu coûteux, d'un usage facile, que partout il se trouve sous la main, qu'il peut se modifier à l'infini et se prêter aux différents états de la partie sur laquelle on l'applique, on en viendra à se demander, pourquoi son usage n'est pas déjà plus généralisé. Nous voyons dans le travail de M. Van Meerbeeck, que plusieurs chirurgiens français, s'excusent de leur peu d'empressement à

suivre cette méthode par le prétexte de la perte de linge, occasionnée par la section de l'appareil, section qui rend le bandage si supérieur à tout ce qu'on avait proposé jusqu'à ce jour. Remarquons d'abord que tout bien considéré, cette perte n'est pas si grande, si comme en Belgique on se sert pour confectionner le bandage de linge usé, qui par la superposition des différentes couches et après son imprégnation par l'empois, formera toujours une coque assez solide, et dont les pièces après la section pourront comme tout linge usé être utilisé pour faire de la charpie. Considérons encore, que dans la pratique civile, une fois la fracture consolidée, on ne songera plus guère à la conservation du linge qui a servi à l'obtenir; et que dans les hôpitaux, comme M. Van Meerbeeck l'a déjà fait remarquer, on sera largement dédommagé de cette faible perte, par le peu de séjour que les fracturés seront obligés d'y faire.

Cependant comme cette objection pourrait encore longtemps nuire à l'appareil amovo-inamovible dans l'esprit de certains praticiens, nous croyons devoir recommander à votre attention la modification de M. Van Meerbeeck, qui par un procédé simple et ingénieux est parvenu à obtenir la coque bivalve tant désirée sans section des bandelettes, qui se trouvent seulement repliées. M. Seutin indique, il est vrai, dans une publication récente sur l'appareil amidonné, un procédé destiné à faire éviter cette section; malheureusement on est obligé de détruire presque totalement le bandage chaque fois qu'on veut examiner le membre, et M. Seutin lui-même s'en tient encore à son procédé ordinaire.

L'application du bandage modifié à sa manière, que l'auteur a bien voulu faire devant votre commission, nous a convaincu, que sans des difficultés bien grandes et qu'un peu d'habitude applanira bientôt, le produit obtenu répond assez bien aux vues de l'auteur et peut ainsi écarter le prétexte d'économie qui a été mis en avant. Pour nous, qui ne craignons pas la perte légère, résultant de la section du vieux linge, nous resterons encore fidèles à la méthode en usage jusqu'ici, ne pouvant nier que c'est toujours aux dépens de la solidité et de la régularité de l'application que M. Van Meerbeeck obtient sa coque bivalve.

En tout cas nous avons trouvé la modification dont il s'agit très-ingénieuse et nous vous proposons de la rendre publique pour procurer ainsi à ceux, qui ne voudraient se servir d'un appareil amidonné qu'à cette condition, au moins quelques-uns des avantages attachés à la méthode de M. le professeur Seutin.

Nous croyons toutefois que de légères modifications devraient y être apportées. C'est ainsi que les tringles en fer, qui servent de point d'appui à la compression, devront, d'après notre avis, être maintenues

jusqu'à la dessiccation complète du bandage. Nous ferons encore une autre réflexion ; pendant l'application du bandage les tringles sont maintenues rapprochées par des aides, qui doivent, à cet effet, exercer d'assez grands efforts. On conçoit dès lors l'insuffisance de la bande roulée pour remplacer cette manœuvre et nous pensons qu'il serait avantageux de placer à différents endroits avant l'application de la bande, des points de lacet, destinés à tenir rapprochées les valves du bandage. Pour prévenir l'adhérence des bandelettes aux tringles, on pourrait envelopper préalablement celles-ci d'un papier très-fin.

Anvers, le 24 juillet 1840.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.

RAPPORT

ADRESSÉ A MONSIEUR LE GOUVERNEUR DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE QUI RÈGNE DEPUIS QUELQUES ANNÉES DANS LA COMMUNE DE WYTSCHAETE;

Par le docteur DELAHAYE,

Membre de la Commission médicale provinciale.

L'an mil huit cent quarante, le dix juillet, je soussigné, docteur en médecine, membre de la commission médicale provinciale, délégué pour me rendre à Wytschaete, dans l'arrondissement d'Ypres, afin d'y prendre, de concert avec les autorités communales et les praticiens de l'endroit, les mesures nécessaires pour combattre les progrès de la maladie typhoïde qui s'est de nouveau déclarée dans cette localité, après y avoir régné avec tant d'intensité il y a deux ans, déclare m'être rendu au dit lieu; là, assisté de l'autorité communale et de M. Logie, chirurgien à Messine, j'ai fait les observations suivantes :

La maladie qui règne à Wytschaete est la même fièvre typhoïde qui y a exercé ses ravages en 1838; et dont les caractères ont été développés dans mon rapport du mois de février de la même année. Ainsi stupeur, facies hébété, abattement musculaire, délire ou typhomanie, langue rouge, sèche, fuligineuse, diarrhée, météorisme, mouvements nerveux ou spasmodiques, durée de plusieurs semaines, telle est la série des symptômes qui aujourd'hui, comme alors, constituent cette affection.

Deux circonstances cependant différencient cette épidémie de la première; celle-ci s'était développée et avait régné dans le cœur de l'hiver, la maladie actuelle a fait explosion en été. En second lieu, en 1838 la maladie sévissait principalement sur la classe pauvre, et secourue par la bienfaisance; la

malpropreté, la misère, l'encombrement concouraient à l'aggraver : aujourd'hui, quoique tous les malades appartiennent à la classe ouvrière, on remarque cependant partout de la propreté et de l'aisance. Un seul est inscrit sur la table des pauvres.

L'invasion de la maladie actuelle date de six semaines: douze personnes ont été atteintes à différents degrés d'intensité. Trois sont mortes, parmi elles se trouve la personne secourue par la bienfaisance. La dernière décédée était enterrée la veille de mon arrivée, et, à mon regret, l'autopsie n'a pu en être faite, c'était la femme du garde champêtre du lieu. Aucune des personnes actuellement atteintes n'offrait en ce moment des symptômes très-graves, presque toutes touchaient à la convalescence. Napoléon Menu, âgé de 32 ans, homme d'une forte constitution, était malade depuis cinq semaines, il avait encore tous les traits, le *facies* propre à l'affection; les pommettes injectées, les yeux pulvérulents, la langue rouge et sèche; deux saignées générales avaient été pratiquées, et des sangsues aux apophyses mastoïdes avaient été appliquées. L'âge des malades était en général l'âge moyen, le plus jeune avait dix ans, le plus âgé ne dépassait pas la quarantaine. Aucun de ceux qui ont été attaqués lors de la première épidémie n'ont été atteints cette fois-ci; l'aggloméré de maisonnettes où la maladie avait exercé le plus de ravages il y a deux ans, n'avait maintenant aucun malade; la plupart se trouvaient dans le centre de la commune; quelques-uns cependant étaient dispersés sur les confins.

Le traitement institué par M. Logie était rationnel, et j'ai eu peu d'observations à y faire. Au début et même dans le cours de la maladie, lorsque les symptômes inflammatoires persévéraient, saignées générales et locales, ces dernières surtout à la tête, mais les unes et les autres modérées, et instituées plutôt pour diriger convenablement la maladie, que pour la juguler. Car la durée, en général, semblait nécessaire; rarement des purgatifs, la diarrhée, qui n'abandonnait presque jamais les malades, contre-indiquant suffisamment cette médication; emploi de substances émollientes, dans quelques cas du sufate de quinine, là surtout où des accès devenaient manifestes, sans trop redouter des apparences d'irritation, qui diminuaient, sous cet emploi,

avec le cortége des autres symptômes; diète sévère dans tout le cours de la maladie, dans la convalescence régime dirigé avec beaucoup de prudence afin de prévenir les rechutes qui étaient très-faciles.

Les mesures hygiéniques n'étaient pas oubliées par ce médecin; les maisons, quoique assez propres, ont été blanchies; les malades, qui étaient couchés trop à l'étroit, ont été mis au large. Cette dernière mesure a été de nouveau recommandée par moi comme étant de la plus grande importance. Car, ayant poussé mes recherches sur les circonstances qui avaient accompagné le début de la maladie, dans la plupart des cas il a été constaté que les malades, quoique habitant des maisons assez propres, avaient couché, au moment de devenir malades, dans des chambres excessivement étroites, ressemblant à des alcoves, sans fenêtre, ne recevant d'autre air que par la porte, et souvent à deux dans le même lit.

Ensuite, lors de la première épidémie, les mesures d'isolement, qui sur mon avis ont été mises en pratique, ont été d'une grande efficacité. Les ravages de la maladie qui, dans l'espace de quelques mois, avaient fait une trentaine de victimes, dans une commune d'une population restreinte, se sont aussitôt arrêtés, et dès ce moment, dans l'espace de deux ans et demi, on n'a plus eu aucun décès à déplorer, quoique de loin en loin quelques cas isolés se soient encore manifestés.

Ces mesures consistaient à enlever les malades du foyer de l'infection, et à les placer dans un local spacieux à ce destiné, ou à les faire transporter dans l'hôpital civil d'Ypres. Par là, non-seulement on mettait ces malades dans des conditions hygiéniques et pathologiques meilleures, mais on empêchait la propagation de la maladie aux autres habitants de la maison.

Par le mot de propagation, je n'entends pas déterminer que cette maladie est rigoureusement contagieuse. D'après mes observations, les malades typhysés transportés hors du foyer de l'infection, et agissant sur des personnes qui ne se trouvaient pas dans les mêmes conditions que celles où eux-mêmes avaient puisé le germe de la maladie, ne leur communiquent pas la même affection, et je ne puis approuver la crainte que sem-

blent avoir manifestée MM. les membres de la commission des hospices civils d'Ypres, qui n'ont pas permis le transport des typhysés des communes environnantes dans l'hôpital civil de cette ville, afin d'éviter la propagation du typhus dans cet établissement. J'ai plus d'une fois mis en pratique cette mesure avec un entier succès. Les typhysés des communes de Zwevezeele et de Varsenaere, dans les environs de Bruges, ont, à différentes époques, été transportés à l'hôpital St-Jean de cette ville, et jamais on n'a vu la maladie s'y propager, tandis que cette mesure a toujours été suivie d'une diminution de la maladie dans le foyer primitif.

Ainsi, aucune mesure nouvelle ne m'a paru nécessaire; la salle où les malades, secourus par la bienfaisance, ont été transportés, lors de la première épidémie, existe toujours et peut rendre les mêmes services. De plus, l'autorité communale m'a montré une belle construction récemment achevée et qui a été élevée par la bienfaisance de M. De Coninck, d'Ypres, pour recevoir les vieillards infirmes et nécessiteux. Ce citoyen généreux a offert cet asyle pour servir d'hôpital, si, contre toute attente, la maladie augmentait d'intensité et se propageait à la classe pauvre.

Fait à Bruges, le jour et an que dessus.

MÉMOIRE

SUR LES MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE QUI SURVIENNENT CHEZ LES GOUTTEUX;

Par E. WEMAER,
Docteur en médecine, secrétaire de la Société.

L'existence des maladies du système circulatoire et spécialement de celles du cœur chez les goutteux, l'origine et la nature de ces maladies sont des faits qui me semblent mériter haute-

ment l'attention du praticien aussi bien que du pathologiste, puisqu'ils se rattachent aux questions les plus vitales de la science et de l'art médicaux. C'est à mettre ces faits en relief que je vais m'appliquer dans les considérations que je vais avoir l'honneur de présenter à la Société.

Les anciens médecins, on le sait, attachent une grande importance, dans la production des maladies, à ce qu'ils ont nommé le *principe* ou *vice goutteux*. Parmi leurs observations à cet égard, celle de l'action de ce principe sur le développement des maladies du cœur et du système circulatoire, en général, se remarque plusieurs fois. Et, pour ne parler d'abord que de Morgagni, qui a traité de la goutte d'une manière spéciale et très-étendue, cet illustre médecin rapporte (1) l'observation d'un cardinal qui, après avoir été atteint, pendant longues années, de la goutte, finit par offrir tous les symptômes d'une maladie du cœur et des gros vaisseaux, à laquelle il succomba. A l'autopsie on trouva ces derniers organes atteints de nombreuses ossifications et l'aorte thoracique affectée d'un anévrysme considérable.

Cullen (2) observe que, dans la goutte qu'il nomme *atonique*, les viscères du thorax sont quelquefois affectés et qu'il survient alors des palpitations, des faiblesses et l'asthme.

Plus loin, il ajoute que, dans la *goutte rentrée*, le cœur est quelquefois atteint, ce qui donne lieu à la syncope. Enfin, à propos de la *goutte mal placée*, il observe qu'il ne peut précisément dire quelles sont les parties internes qui en peuvent être affectées, et qu'il ne l'a jamais observée dans sa pratique; qu'il n'en a même trouvé aucun exemple clairement décrit dans les auteurs, excepté celui d'inflammation de poitrine.

Pinel (3) se contente de dire que la péricardite peut être produite par la métastase de la goutte et du rhumatisme. Il rapporte, d'ailleurs (4), sans insister sur le fait qui nous occupe,

(1) *Epistola anatomico-medica*, LVII, art. 10 et 11.

(2) *Éléments de médecine pratique*, trad. par Bosquillon. Paris, 1819, t. I[er], art. *Goutte*.

(3) *Nosographie philosophique*. Paris, 1813, art. *Péricardite*.

(4) *Ibidem*, art. *hydrothorax*.

l'histoire très-détaillée de la maladie de Frédéric II, roi de Prusse, dans laquelle on voit la goutte se compliquer par une affection du cœur qui fait succomber le monarque.

Corvisart (1) dit qu'il regarde les affections goutteuses et rhumatisantes comme cause fréquente d'une des trois espèces d'adhérence du péricarde qu'il admet. Kreysig (2 attribue les dépôts calcaires qui atteignent les valvules du cœur à une inflammation goutteuse. Laënnec (3) se contente de dire, en général, que les causes des ossifications du cœur tiennent à des aberrations de la nutrition dont il n'est pas facile de connaître le principe; et, dans l'article où il parle ainsi à l'égard des causes des maladies du cœur, il ne fait aucune remarque spéciale sur le sujet dont il s'agit.

On voit, par ces différentes citations, que le fait de la coïncidence des maladies du système circulatoire du cœur, en particulier, avait été simplement indiqué par ces médecins qui nous ont précédé, sans recevoir, dans leurs écrits, le développement qu'il comporte.

De nos jours plusieurs savants médecins, MM. Andral (4), Chomel (5), Hope (6), et notamment M. Bouillaud (7), ont insisté sur le fait de la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu avec les maladies du cœur. Mais leurs observations, en démontrant cet important point de la pathologie du rhumatisme, n'ont pas répandu la même lumière sur le fait analogue qui se présente dans le cours de l'affection goutteuse. A l'exception de quelques rares remarques, à peine trouve-t-on ce sujet traité dans leurs ouvrages. M. Bouillaud lui même se contente de

(1) *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1834, art. *cœur*.

(2) *Ibidem*.

(3) *Traité de l'auscultation médicale, etc.* Art. *causes des maladies du cœur*.

(4) *Clinique médicale*. Paris, 1829, tome 1er, observat. 1re, et *Cours de pathologie interne*, art. *cardite* et *péricardite*.

(5) *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1834, art. *cœur*.

(6) Introduction de son ouvrage: *Treatise on the diseases of the heart and great vessels*. London, 1832.

(7) *Traité clinique des maladies du cœur*, art. *péricardite* et *endocardite*, et *Recherches sur le rhumatisme*, etc. Paris, 1836, introduction.

dire (1) que les *asthmes goutteux* de certains praticiens dépendent fréquemment de lésions graves des valvules du cœur, qui elles-mêmes, ajoute-t-il, ne sont que la suite des phlegmasies de ces tissus, qui ont accompagné une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Il observe ensuite que plusieurs praticiens ont vaguement rattaché ces lésions à je ne sais, dit-il, quel *principe, vice* ou *virus* rhumatismal et *goutteux*.

Il est cependant un auteur, le docteur Pigeaux, dont l'ouvrage sur les maladies du cœur (2), récemment publié, contient plusieurs remarques, courtes mais pleines d'intérêt, sur l'objet de notre mémoire.

Dernièrement cette question a été traitée dans une occasion solennelle, à la séance de l'Académie de Médecine de Paris du 31 mars 1840, lors d'une discussion sur les effets des eaux de Vichy contre la goutte (3). Dans cette discussion, M. Bouillaud a avancé que des recherches statistiques lui ont appris que la moitié des sujets affectés de maladies du cœur avaient eu la goutte ou des rhumatismes. Quelques membres de l'Académie, et notamment les docteurs Guéneau de Mussy et Delens, ont contesté la coïncidence de la goutte avec les maladies du cœur, et ont affirmé ne l'avoir jamais rencontrée. D'autres membres, MM. Double, Ferrus et Gimelle, ont rapporté des faits qui prouvent évidemment cette coïncidence. Le fait rapporté par M. Double est relatif, ainsi qu'il le dit lui-même, à un cas de surexcitation des membranes séreuses péricardiennes et pleurales chez un individu atteint de goutte molle. Le fait de M. Ferrus est analogue, au dire de ce médecin, à celui du docteur Double. Enfin, le cas cité par M. Gimelle se rapporte à un individu qui, affecté depuis 20 ans d'une goutte qui se manifestait annuellement par deux accès, fut pris d'une péricardite dont les symptômes furent d'abord légers, mais s'aggravèrent ensuite, après un voyage aux eaux de Vichy et entraînèrent la mort au bout de quelques mois.

(1) Ouvrages et articles cités.

(2) *Traité pratique des maladies du cœur*. Paris, 1839, articles *étiologie des maladies du cœur*.

(3) *Gazette médicale de Paris*, 4 avril 1840.

Je connais, pour ma part, plusieurs faits dans lesquels la goutte s'est accompagnée d'une maladie du cœur, à laquelle les malades ont succombé. Chez ces malades, l'affection du cœur ne s'est développée que lorsque la goutte existait déjà depuis un temps plus ou moins long. Les symptômes, que j'ai observés dans ces cas, étaient ceux qui se rapportent aux lésions des valvules et orifices du cœur. Des accès de dyspnée, des irrégularités et des intermittences du pouls, un état hydropique plus ou moins prononcé, voilà les symptômes généraux que j'ai rencontrés. L'irrégularité et l'intermittence des mouvements du cœur, à l'auscultation, correspondaient avec celles du pouls et indiquaient ainsi l'existence des lésions dans l'organe cardiaque lui-même et non dans les grands troncs artériels qui en émanent. Je n'ai point eu l'occasion de vérifier la nature de ces lésions par l'autopsie, mais je pense qu'elles devaient leur origine à des dépôts, dans le tissu des orifices et valvules du cœur, de matières calcaires, cartilagineuses ou même osseuses. Ce sont là, en effet, les altérations qu'on rencontre dans le petit nombre d'observations exactes qui existent à cet égard dans la science.

Nous avons déjà cité sous ce rapport, les remarques de Corvisart et de Kreysig. Pigeaux (1) insiste sur l'ossification des valvules du cœur comme accompagnant assez fréquemment la goutte. Dans le fait de Morgagni rapporté ci-dessus, c'était l'aorte qui était atteinte d'ossification depuis le cœur jusqu'à sa terminaison ventrale et les artères iliaques participaient de la même lésion. Je ferai encore remarquer, avec l'illustre anatomo-pathologiste, qu'on a trouvé chez le même sujet les traces les plus étendues de la diathèse lithique, fait important par rapport à l'étiologie de la goutte. Enfin, l'on me permettra de signaler ici une autre remarque bien digne d'intérêt, que fait Morgagni au sujet de la liaison de l'hydropisie avec les lésions observées dans les reins. La substance de ces organes fut trouvée dure et calleuse et ils contenaient, en outre, un très-grand nombre de calculs. « *Obessis,* dit le savant médecin, *ab ejusmodi calculis plerisque aut omnibus urinæ viis, compressisque minimis attiguis*

(1) Ouvrage cité, art. *Altérations des valvules du cœur.*

instrumentis per quæ ipsa a sanguine separatur, sanè intelligis ut ejus secretio atque excretio minui debeant aut etiam omninò intercipi: et nisi ab naturâ aut ab arte aut ab utrâque feratur auxilium, incipere hydrops fieri, aut alia oriri noxa. » Ce n'est donc pas de nos jours, comme on le prétend (1), que la source de certaines hydropisies a été rapportée aux lésions des organes urinaires. On voit manifestement, par le passage que je viens de citer, que Morgagni avait reconnu et signalé ce point important de l'étude des collections séreuses et des maladies des reins, si largement éclairé de nos jours par les recherches des docteurs Bright, Christison, Rayer et Martin Solon.

Maintenant, pour en revenir à l'objet de notre mémoire, quelle est l'origine probable, l'étiologie et la nature de ces différentes lésions du système circulatoire qui surviennent dans le cours de l'affection goutteuse? Le docteur Roche (2) parle de l'état général, de ce canevas commun, ainsi qu'il le dit, sur lequel se dessinent et la goutte et les maladies dites goutteuses. Mais cet état général, que M. Roche croit seulement pouvoir supposer, ne peut-on pas en déduire positivement l'existence des différentes conditions pathologiques de la goutte? D'abord, on sait qu'une des suites les plus fréquentes des attaques de goutte est la formation de concrétions tophacées autour des articulations. Les analyses chimiques, qui ont été faites de ces concrétions, y ont fait reconnaître l'existence abondante de l'acide urique et des urates de soude et phosphates de chaux. Il est d'ailleurs d'observation que souvent un accès de goutte se termine par une excrétion d'urine rouge, chargée d'une énorme quantité d'acide urique ou bien des graviers. Berthollet et plusieurs médecins chimistes prétendent même que l'urine des goutteux contient toujours une quantité moindre d'acide phosphorique que celle du commun des hommes et que cette quantité augmente à l'approche et pendant la durée des paroxysmes. Les anciens médecins ont cité des cas où des concrétions calcaires ou tophacées, plus ou moins volumineuses, se sont formées chez les

(1) *Dictionnaire de médecine*, Paris 1833, art. *Ascite*.

(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris 1829, art. *Arthrite goutteuse*.

goutteux dans d'autres endroits qu'autour des articulations. C'est ainsi que Morgagni (1) rapporte l'histoire d'un homme qui, issu d'un père et d'un aïeul vivement atteints par la goutte et en ayant lui-même éprouvé quelques symptômes, vit se développer, à la mamelle droite, une tumeur considérable dont le kyste ouvert laissa sortir une matière semblable à de la chaux. Morgagni, après avoir dit que les professeurs de l'école et lui considérèrent cette matière comme de nature arthritique, ajoute que *Preussius* a vu, chez des goutteux, une matière calciforme se faire jour à travers un ulcère de la mamelle, et que *Albertini* rapporte qu'à la suite de moyens répercussifs appliqués sur des articulations atteintes de goutte, il a observé des accidents très-graves du côté des organes abdominaux jusqu'à ce que les intestins eussent fourni une excrétion de matière semblable à de la chaux ou du mortier et analogue aux concrétions tophacées des goutteux. Quelque rares que soient de pareils faits et quoique ceux-ci soient dépourvus de ce degré d'exactitude que les progrès des sciences physico-chimiques ont apporté de nos jours dans l'examen des produits de l'organisation, néanmoins ils peuvent répandre quelque jour sur l'étiologie des maladies qui coïncident avec la goutte, en indiquant l'existence d'un état spécial des humeurs dans cette maladie.

D'un autre côté, tous les médecins (2) qui ont observé la goutte chez un grand nombre de malades, ont remarqué qu'elle alternait ou coexistait souvent avec la néphrite ou avec la gravelle. Morgagni a surtout insisté sur cette particularité. Les analyses chimiques, en démontrant la présence de l'acide urique dans les concrétions tophacées, comme dans les urines et les graviers qu'elles charient quelquefois, sont venues ajouter un rapport de plus entre ces affections.

Enfin, comme il a été dit plus haut, les altérations du système circulatoire, qui coïncident le plus souvent avec la goutte, consistent dans des incrustations ou dépôts de matières calcaires,

(1) Lettre 50me, art. 45 et 46.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris 1829, t 3me, art *arthrite goutteuse*.

composées de phosphate de chaux communément, dans le tissu des organes de cet appareil.

L'examen comparatif de ces nombreux faits, relatifs à l'anatomie et à la chimie pathologiques de la goutte, nous conduit donc à admettre, dans cette maladie, l'existence d'une altération spéciale du sang, sous l'influence de laquelle se produisent les dépôts de matières calcaires ou autres que l'on voit alors se former avec tant de facilité dans quelques organes du corps et notamment dans ceux de l'appareil circulatoire.

Cette théorie, que je crois exactement se déduire des différents faits relatifs à la pathologie de la goutte, peut s'appuyer de cette idée de quelques médecins allemands qui admettent que l'incrustation des valvules du cœur peut être supplémentaire de la goutte, de telle sorte que des individus, nés de parents goutteux et calculeux, peuvent échanger la prédisposition héréditaire dont ils sont entachés contre une altération ou une ossification prématurée du système artériel et des valvules du cœur (1). Sans admette que ces dernières lésions puissent être supplémentaires de la goutte, nous remarquons néanmoins, dans ces observations, l'indication de cet état général, de cette disposition organique qui favorise chez les goutteux le développement des altérations du système circulatoire et ces remarques des médecins allemands viennent ainsi corroborer toutes celles qui précèdent sur la filiation qui existe entre ces deux ordres de maladies et sur la source commune d'où elles dérivent.

L'étude étiologique des altérations de l'appareil de la circulation qui coïncident avec la goutte, m'amène à quelques considérations sur le traitement de cette maladie, considérée sous ce rapport. On a vu que la plus fréquente des dites altérations chez les goutteux était une ossification des valvules et orifices du cœur. Or, l'on voit cette lésion survenir très-rarement chez les herbivores, chez ceux qui se nourrissent exclusivement des végétaux, tandis qu'elle est très-commune chez les carnivores et les polyphages. Dans l'espèce humaine, les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes et les enfants, dont le genre de

(1) M. Pigeaux, ouvrage et article cités.

vie est plus sobre et l'appétit moins carnassier (1). D'un autre côté, il a été reconnu plus haut que l'urine des goutteux contient une grande abondance d'acide urique et qu'il existe des rapports manifestes entre la goutte et la gravelle. Or, il résulte des faits et des expériences des médecins et chimistes modernes (2) que l'urine de l'homme et celle de plusieurs animaux, qui se nourrissent plus particulièrement d'aliments fortement azotés, contient une quantité d'acide urique proportionnée à la quantité plus ou moins forte de matières animales dont ils font usage. Ensuite, le docteur Magendie a constaté (3) que, si l'on prive, pendant un certain temps, un animal carnassier de toute nourriture azotée, et que si on le nourrit avec du sucre, de la gomme, de l'huile, substances réputées nutritives, qui ne contiennent pas d'azote parmi leurs éléments, son urine, au bout de trois ou quatre semaines, est entièrement privée d'acide urique. M. Chossat, cité par le docteur Magendie, est également arrivé, en expérimentant sur lui-même, à observer que son urine contenait d'autant plus de résidu qu'il prenait plus d'aliments et que la quantité d'aliments restant la même, toutes choses égales d'ailleurs, le résidu était d'autant plus abondant que le régime était plus azoté.

Ces différents faits de pathologie comparée et de physiologie expérimentale prouvent évidemment qu'une alimentation peu ou point azotée est une condition fondamentale dans le traitement de la goutte et des maladies qui la compliquent.

L'observation clinique vient d'ailleurs confirmer les faits imposants qui viennent d'être exposés. En effet, il a été constaté par presque tous les médecins que la goutte réclamait, comme premier moyen thérapeutique, un régime alimentaire peu substantiel. « Il est peu d'auteurs, dit le docteur Ferrus (4), qui n'aient recommandé la diète végétale, l'abstinence du vin; on ne sau-

(1) M. Pigeaux, ouvrage et article cités.

(2) Magendie, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, tome 18, art. *Gravelle*.

(3) *Mémoire sur les propriétés nutritives des substances qui ne contiennent pas d'azote*, lu à l'Académie des sciences de Paris, août 1818 et Dictionnaire cité.

(4) *Dictionnaire de médecine*, Paris 1836, art. *Goutte*

rait trop s'arrêter sur ce point : cette abstinence a plus soulagé de malades qu'aucun moyen pharmaceutique. » « La cause qui reproduit incessamment les attaques de goutte consiste, dit le docteur Roche (1), dans une surabondance de matériaux nutritifs ; que faut-il faire pour la détruire, pour en tarir la source? Imposer un régime sévère, peu substantiel, en grande partie végétal, et proscrire les viandes et les spiritueux. » Morgagni, dans sa remarquable lettre (2) déjà citée plusieurs fois, insiste surtout sur le régime lacté, qu'on sait avoir été très-anciennement recommandé contre la goutte. Il cite plusieurs faits, extraits des ouvrages de Celse, Pline, Ballonius, etc., qui prouvent qu'un usage plus ou moins prolongé du lait et notamment de celui d'ânesse, comme nourriture principale, a délivré un grand nombre de goutteux des atteintes du mal dont ils avaient été longtemps tourmentés.

Les faits cliniques se joignent donc à ceux de la pathologie comparée et de la physiologie expérimentale pour indiquer l'alimentation animale comme devant être principalement évitée dans le traitement prophylactique et curatif de la goutte et des maladies qui coïncident avec elle. Et, si j'insiste sur ce point spécial de la thérapeutique de cette maladie, c'est qu'il me paraît hors de doute, que d'après l'étude comparative des faits dont il vient d'être question et de ceux qui ont été exposés sur l'étiologie des altérations du système circulatoire compliquant la goutte, il me paraît hors de doute, dis-je, que ces altérations pourront être prévenues ou notablement soulagées par le régime indiqué, qui doit être regardé, d'après toutes ces données, comme le seul remède qui attaque le mal dans sa source.

—

Rapport sur le mémoire qui précède (3).

Messieurs,

Le travail, que vous avez soumis à notre examen, est relatif à l'existence des malades du système circulatoire, et spécialement de celles

(1) *Dictionnaire de médec. et de chir. pratiques*, art. *Arthrite goutteuse*.
(2) *Epistola anatomico-medica*, LVII, art. 7.
(3) MM. De Mersseman et Claeysens, *commissaires*, Buylaert, *rapporteur*.

du cœur, chez les goutteux, ainsi qu'à l'origine et à la nature de ces mêmes maladies.

D'abord l'auteur rapporte différents passages d'écrivains anciens qui ont simplement indiqué l'existence de ces maladies chez les goutteux, sans en avoir fait ressortir la connexion intime. Il avoue cependant que, parmi les auteurs modernes, il en est qui ont signalé, d'une manière très-précise, certaines altérations cardiaques, survenues à la suite de l'affection goutteuse. Quant à la nature de ces lésions, notre honorable confrère, pense qu'elles doivent leur origine à des dépôts, dans le tissu des orifices et valvules du cœur, de matières calcaires, cartilagineuses et même osseuses. Son opinion se trouve corroborée par celle de M. Pigeaux, qui insiste sur l'ossification des valvules du cœur, comme accompagnant assez fréquemment la goutte.

Jusqu'ici l'auteur a fait ressortir avec beaucoup de clarté l'existence et la nature de certaines maladies du cœur chez les goutteux.

Il entre ensuite dans des considérations très-lumineuses touchant leur origine et leur étiologie. Nous reconnaissons avec lui combien est vrai le fait de la formation de substance calcaire, de dépôts d'urate de chaux, se montrant sur les articulations, tantôt sur le tissu des organes de l'appareil circulatoire, ou éliminés par les voies urinaires.

M. Wemaer admet, dans cette maladie, l'existence d'une altération spéciale du sang, sous l'influence de laquelle se produisent les dépôts de matière calcaire. Nous pensons que, par altération spéciale du sang, il entend une composition telle, qu'il y a surabondance de matériaux nutritifs, ainsi que le dit M. Roche, cité dans ce mémoire, et votre commission abonde dans le sens de l'auteur, en considérant les différents faits curieux de pathologie comparée, et de physiologie expérimentale qu'il cite à l'appui de son opinion.

C'est sur ces mêmes faits, ainsi que sur l'observation clinique que l'auteur base un traitement prophylactique de l'affection goutteuse.

Ces faits sont connus pour la plupart, il est vrai, mais votre commission est d'avis que le docteur Wemaer a le mérite de les avoir coordonnés de manière à en faire ressortir à l'évidence l'existence de certaines maladies du cœur, chez les goutteux, leur nature et leur étiologie, et enfin d'avoir indiqué, contre cette affection, un traitement prophylactique, qu'il a déduit de nos connaissances de pathologie comparée et de physiologie expérimentale ainsi que de nos observations cliniques.

Enfin, messieurs, les considérations pleines de vérité de l'auteur touchant la fonction des reins, et la nature du liquide sécrété par ces organes chez les goutteux, nous ont conduit à dire un mot touchant le traitement d'un accès de goutte.

Il est d'observation que l'exercice, en favorisant la transpiration cutanée, retarde l'apparition d'un accès de cette maladie chez les per-

sonnes qui y sont prédisposées, en séparant par cette voie l'excès de matériaux nutritifs dont le sang est chargé. La qualité de l'urine chez les goutteux nous montre aussi que les reins remplissent le même but, dans ce cas. Or, lorsque la transpiration cutanée, ou la sécrétion urinaire, ne séparent plus en suffisante quantité l'excès de matériaux nutritifs du sang, ne peut-on pas considérer les membranes fibreuses comme une vaste enveloppe, sur laquelle viennent se déposer les substances éliminées par les fonctions de la peau et des reins? les concrétions tophacées, formées d'urate de chaux, qui se déposent sur les fibreuses des articulations, et celles qui se forment sur les valvules en grande partie fibreuses des orifices du cœur, chez les goutteux, comme l'auteur de ce mémoire l'a si bien démontré, ne rendent-elles pas vraisemblable cette manière de voir? Il nous a donc paru que, ramener le travail sécrétoire vers les organes qui s'en chargeaient d'abord au grand avantage de l'économie entière, est une indication dans l'accès de goutte; en d'autres termes que le praticien peut recourir avec avantage aux sudorifiques et aux diurétiques. Et d'abord, l'observation fréquente nous prouve, qu'une transpiration abondante abrège singulièrement un tel accès.

En second lieu, si l'on considère le mode d'altération de l'action sécrétoire des reins et les qualités de l'urine dans l'accès de goutte, il est permis de croire qu'il est utile de faciliter cette fonction; des déplétions sanguines peuvent être instituées en même temps.

En résumé, votre commission a trouvé le travail de M. Wemaer plein d'intérêt, et elle a l'honneur de vous en proposer l'insertion dans les Annales.

GUÉRISON DE TUMEURS FONGUEUSES PAR LA SUPPURATION;

Par P. VERTÉ,

Docteur en chirurgie, chirurgien de l'hôpital St-Jean, etc., membre résidant.

La fille de... portait en naissant une tumeur fongueuse sanguine de la grandeur d'une pièce de deux centimes, située au-dessus de la clavicule droite. A dater de cette époque, la tumeur s'accrut en tous sens, au point qu'à l'âge de mois elle s'étendait depuis la partie supérieure du sternum jusqu'au milieu de l'épaule sur plus de quatre pouces de longueur. Sa plus grande largeur était au sternum, ou elle avait plus de deux pouces. De là elle allait en diminuant, pour se terminer en pointe au milieu

de l'épaule. La couleur était d'un rouge vif, sans battements. Sa base était formée par un paquet de veines dilatées. Semblables paquets, au nombre de trois se trouvaient autour de la tumeur, toute cette masse augmentait de volume lorsque l'enfant se mettait en colère ou qu'il poussait des cris. Les parents justement alarmés m'adjoignirent MM. de Meyer et Buys et il fut résolu d'essayer de la compression, comme offrant le moins d'inconvénients chez cette enfant d'un caractère fort irritable. Un appareil, confectionné par M. Bonneels de Bruxelles, appliqué pendant plus de trois mois, eut pour unique résultat l'excoriation de la tumeur, suivie de suppuration de la surface dénudée, pendant quelques jours, sans hémorrhagie. Après la guérison de cette excoriation, je m'aperçus que le point cicatrisé avait beaucoup perdu de sa couleur et que, sur quelques points, le rouge vif était remplacé par une substance blanche beaucoup plus ferme que le reste de la tumeur. Cette complication suivie d'un tel ré-résultat me suggéra l'idée de faire suppurer toute la surface rouge et à cet effet je la couvris d'un vésicatoire. J'avais devant moi plusieurs agents pour entretenir la suppuration; mais le bon succès obtenu en 1823 par le docteur Scütte à Runderoth, dans un cas à peu près analogue, me décida à employer une poudre composée d'un dixième d'oxide rouge de mercure et de neuf dixièmes d'alun calciné, dont je saupoudrai toute la surface dénudée par le vésicatoire. Sous l'influence de ce traitement la tumeur alla en diminuant et lorsque après deux mois de traitement, je laissai la plaie se cicatriser, il n'y avait plus ni rougeur ni tuméfaction dans tous les endroits où la poudre avait pu agir; la peau était blanche partout, à l'exception de cinq ou six petits points rouges de la grandeur d'une tête d'épingle, qui s'étaient formés pendant le traitement autour de la plaie en suppuration et hors de la sphère d'action de la poudre.

Deux ans se sont écoulés et la cicatrice est toujours de moins en moins visible, les points rouges n'ont plus augmenté de volume, les veines qui formaient la base de la tumeur ont disparu, et celles qui se trouvaient en paquets volumineux dans le voisinage de l'affection, diminuent de jour en jour et sont seulement un peu plus visibles pendant les accès de colère de l'enfant.

Les tumeurs connues sous le nom de fongueuses sanguines, télangiectasis érectiles, nævi materni etc., sont composées de la terminaison de vaisseaux sanguins, veines ou artères, dont l'ampleur est plus grande et qui sont plus extensibles que les vaisseaux des autres parties du corps. Les caractères anatomiques de ces productions morbides sont donc les mêmes que ceux du tissu érectile, qui entre dans la composition de certains de nos organes, tels que la verge, le clitoris, le mamelon, etc., avec cette différence toutefois, que dans l'état naturel, ce tissu est ordinairement enveloppé d'une membrane fibreuse, ce qu'on ne rencontre que fort rarement à l'état pathologique. A l'état normal le ti su érectile reste borné dans les limites que lui a assignées la nature, tandis qu'à l'état morbide il tend le plus souvent à se développer et qu'il peut s'étendre au point d'envahir tout un membre.

La guérison de ces productions s'obtient ou par l'ablation ou par la destruction de la partie malade ou par l'oblitération des vaisseaux qui forment la texture de ces tumeurs. L'ablation par l'instrument tranchant est le moyen le plus prompt et peut-être le plus sûr de parvenir à la guérison; mais elle a le désavantage d'effrayer le sujet ou les parents de l'individu malade; elle n'est d'ailleurs pas sans danger dans le premier âge de la vie; l'enfant peut être pris de convulsions et mourir entre les mains de l'opérateur, comme il en existe malheureusement certains exemples. La destruction par les caustiques n'est pas non plus sans inconvénient. On ne sait pas toujours borner l'action de la substance employée; un vaisseau d'un certain calibre peut être atteint, et une hémorrhagie dangereuse se déclarer à la chute de l'escarrhe.

Un grand nombre de procédés ont été mis en usage pour parvenir à l'oblitération des vaisseaux. Un des plus anciens est la ligature des vaisseaux qui fournissent du sang à la partie malade. Malheureusement ce procédé a été trop souvent fatal aux malades et a si souvent échoué, qu'il serait imprudent d'y avoir recours. La compression a réussi quelquefois entre les mains de praticiens respectables. Boyer cite le cas où la constance d'une mère parvint à délivrer son enfant de cette maladie, quoique la

compression fut interrompue de temps en temps. La compression est sans aucun doute la méthode la plus douce, dans le plus grand nombre de cas; mais aussi elle ne réussit que très-rarement, soit parce qu'elle est mal faite, soit parce qu'elle est insuffisante. Elle n'est d'ailleurs praticable que dans certaines parties du corps, là surtout où un os se trouve au-dessous de la partie affectée. Nous avons vu dans l'observation qui précède qu'elle n'avait rien produit, probablement parce que le lieu qu'occupait la tumeur n'était pas avantageux à l'application de l'appareil.

Le séton à travers la tumeur, la piqûre multipliée, la ligature de la tumeur même, l'injection, l'acupuncture à froid ou par une aiguille rougie au feu, comptent un certain nombre de succès et peuvent être employés, avec avantage, dans certaines circonstances.

Dans l'observation suivante la nature seule fit les frais de la guérison, quoique ce soit encore à l'oblitération des vaisseaux par l'irritation et la suppuration que la disparition de l'affection est due.

Cette observation a été publiée dans un mémoire médico-psychologique et dans le n° de janvier des Annales de la Société d'Anvers, mais accompagnée de circonstances si extraordinaires, que je n'ai pas jugé inutile de la reproduire, telle que je l'ai rencontrée ainsi que mes collègues les docteurs Buys et De Lahaye. D'après l'auteur de ces deux mémoires, madame D. S. était en proie à une hallucination fort bizarre pendant tout le cours de sa grossesse; elle avait continuellement devant les yeux un beefstek! ce malheureux beefstek la suivait partout, le jour comme la nuit; elle en parlait à tout le monde et à tout propos, elle s'écriait à chaque instant vous verrez que mon enfant portera un beefstek sur le corps. Elle accouche et, oh pouvoir de l'imagination! horresco referens! l'enfant porte sur le bras gauche un fac simile de beefstek! plus tard cette enfant est atteinte d'une horrible maladie causée par un mauvais lait, dont elle n'est délivrée, ainsi que de son fac simile de beefstek, que par l'emploi d'un autre lait et du quinquina.

Voici le cas tel que je l'ai observé. La dame D. S. est d'un

tempérament lymphatique et nerveux; elle est fort impressionnable, craint de mourir à chaque grossesse et n'est du reste pas avare de communiquer à tout venant les impressions qu'elle éprouve et même celles qu'elle n'éprouve pas. De quatre enfants elle a conservé trois filles, toutes très-délicates, pendant les premiers mois de la vie, sujettes aux éruptions et à des dérangements des voies digestives, accompagnés d'acidités, se développant plus tard et jouissant de la meilleure santé, aux éruptions près, et tout cela par les seuls progrès de l'âge et le régime. Pendant sa dernière grossesse, celle dont il est question dans les ouvrages du docteur C...., elle avait comme d'habitude une grande appréhension de mourir et me fit venir fréquemment pour la moindre indisposition et pour me communiquer ses craintes; mais de son beefstek pas un mot. Elle ne parla jamais de cette hallucination devant moi, ni avant, ni pendant, ni après son accouchement, plus tard elle consulta les docteurs De La Haye et Buys, sans en parler davantage. La petite fille dont elle accoucha heureusement, avait à la partie moyenne du deltoïde gauche une tache sanguine couleur lie de vin de deux à trois lignes de diamètre, supportée par un paquet de veines. Il n'y avait dans cette tumeur fongueuse aucune apparence de pulsations artérielles. La délicatesse de cet enfant ne permit pas de songer à un moyen un peu douloureux; c'est pourquoi je me contentai d'appliquer un appareil de compression; mais la crainte de faire souffrir leur enfant fut cause que les parents n'osèrent pas maintenir les bandes à un degré de constriction suffisant pour en espérer quelque succès. Au bout de quelques mois, elle avait acquis le volume d'une pièce d'un franc; mais le lieu qu'elle occupait était si peu important qu'un volume un peu plus ou moins grand ne devait pas être un obstacle à la guérison, quand l'enfant aurait gagné un peu plus de force. J'étais déjà parvenu à tranquilliser les parents sur les suites de cette affection, surtout depuis que je leur avais fait voir l'enfant D. . . . , de ma première observation, si bien guéri d'un fongus bien autrement grave, pour l'étendue et le lieu où il était situé, lorsque le docteur C. . . , introduit par son beau-père, une des bonnes pratiques de la maison, vint renouveler et augmenter

toutes leurs craintes et parvînt à les entraîner à Gand, où disait-il, il devait se rendre. A Gand on fut d'avis, comme moi, d'attendre jusqu'à une époque plus avancée, avant de rien entreprendre. Je revis l'enfant un mois plus tard pour un dérangement des voies digestives avec diarrhée, affection du reste assez légère et qui traitée par quelques émollients devait disparaître en peu de jours. J'appris plus tard, et par les parents et par les journaux de médecine, que cette maladie avait été transformée en affection mortelle par le docteur C. . . , qui était entré dans la maison sous les mêmes auspices. Vers l'âge de 5 mois, toute la tumeur et son pourtour étaient couverts d'une éruption, ayant de la ressemblance avec la dartre squameuse humide d'Alibert, avec écoulement abondant de matière. Je suis porté à croire que cette éruption dartreuse s'était fixée de préférence en cet endroit, par suite de l'application d'emplâtres de diachylum auxquels le docteur C... avait eu recours comme moyen compressif. Quoi qu'il en soit, la tumeur diminua de jour en jour et finit même par disparaître complétement, sous l'influence de cette affection accidentelle. On peut voir par ces deux observations que la suppuration seule est capable de faire disparaître une tumeur fongueuse sanguine.

Mon collègue M. le docteur De Meyer a eu la complaisance de me communiquer la note suivante : 1828. La femme d'un cocher de fiacre portait, depuis son enfance, un fongus sur la partie gauche du front, au-dessus du sourcil. Plusieurs remèdes avaient été tentés sans succès par un autre praticien, la tumeur avait même augmenté de volume. Une application de pâte arsenicale et quelques cataplasmes ont guéri cette femme en peu de temps.

1834. Une petite fille d'Oostcamp, portait, depuis des années, un fongus sur la joue gauche au-dessous de l'œil. Application réitérée de nitrate d'argent, emplâtres de Vigo, prompte guérison.

1837. Un enfant portait un fongus sur la pommette de la joue gauche. Compression par un petit bandage à ressort. La tumeur s'ulcère et la guérison complète a lieu après quelques cautérisations par le nitrate d'argent fondu.

1838. Un petit enfant, né sans aucune affection de ce genre,

vit se développer sur la face interne de la lèvre inférieure, près de la commissure, un fongus assez étendu. Cette maladie guérit également par l'emploi du nitrate d'argent, suivi de suppuration de la tumeur.

La *Revue médicale française,* reproduit dans son n° d'octobre 1828, une observation tirée du *Græfe's journal*, d'une guérison de fongus hématodes par la suppuration. « Mme Brick, à Remer-
» scheidt, âgée de vingt-six ans, qui avait eu dans son enfance
» beaucoup d'ulcères scrofuleux au cou et sur d'autres parties
» du corps, jouissait plus tard d'une santé excellente. M. le
» docteur Schütte, chirurgien de cercle à Reinderoth, ayant ac-
» couché cette femme en 1820, fut consulté par elle pour une
» petite tumeur qu'elle avait à la joue gauche, immédiatement
» au-devant de l'oreille. Elle était alors grosse comme une noix
» ressemblait beaucoup à une tumeur enkystée, et, quoique
» mobile, semblait néanmoins adhérer à la peau par quelques
» filaments. On remarquait à la peau qui la recouvrait plusieurs
» petits vaisseaux sanguins, dilatés, et, sur la grosseur même,
» plusieurs éminences comme verruqueuses. Cette tumeur étant
» survenue à la suite d'un coup reçu quelques semaines aupa-
» ravant, fut abandonnée à la nature, dans l'espoir qu'elle se
» dissiperait d'elle-même.

» Je ne revis la malade, dit le docteur Schüte, qu'au mois
» de janvier 1823. La tumeur était, à cette époque, plus grosse
» que le poing; elle était encore mobile à sa base, mais la peau
» qui la recouvrait se montrait bleuâtre, et les bosselures, qui
» consistaient en veines dilatées, n'avaient pas beaucoup aug-
» menté ni en volume, ni en nombre. La tumeur était, en outre,
» indolente et peu dure, bien plus, elle se montrait élastique
» comme si elle contenait du pus.

» Le 21 avril, la malade ayant remarqué, sur la tumeur, une
» place molle qui offrait de la fluctuation, l'ouvrit avec une
» épingle, croyant qu'elle donnerait issue à du pus. Mais au lieu
» qu'il sortit du pus, il se fit une violente hémorrhagie, qui ne
» put être arrêtée que par l'application d'un bandage très-
» serré.

» Deux jours après, il se fit une hémorrhagie bien plus con-

» sidérable, qui menaça les jours de la malade, elle perdit plus
» de deux pintes de sang, et la petite ouverture s'était tellement
» agrandie qu'elle avait l'étendue d'une pièce de dix sous. Le
» danger fut éloigné momentanément par le tamponnement avec
» de la charpie, de la colophane et de la gomme arabique, et
» par le moyen d'un bandage serré. Un régime analeptique
» rétablit les forces en peu de temps.

» En levant l'appareil, le 26 avril, je trouvai la plaie encore
» sensiblement agrandie, il se fit une nouvelle hémorrhagie,
» qui fut arrêtée par les mêmes moyens que précédemment.

» Le pansement fut répété le 29; la plaie avait alors près de
» deux pouces et demi de diamètre; l'hémorrhagie fut plus
» violente que jamais. Cette fois la colophane et la gomme ara-
» bique furent remplacées par de l'alun calciné en poudre.

» Le 1er mai, à la levée de l'appareil, il ne se montra que peu
» de sang, qui semblait sourdre d'une infinité d'ouvertures exis-
» tant à toute la surface de la solution de continuité. La sub-
» stance de l'intérieur de la plaie ressemblait à une éponge fine
» mouillée; elle avait une couleur blanche bleuâtre, çà et là
» rougeâtre.

» Même état de la plaie trois jours plus tard. On ajouta à
» l'alun un sixième d'oxide rouge de mercure. La plaie fut
» alors pansée tous les jours, en augmentant la dose de l'oxide
» de mercure, et sous l'influence de ce traitement la substance
» morbide diminua sensiblement. Lorsque la moitié supérieure
» du fongus fut éloignée, ce qui n'eut lieu qu'au mois de no-
» vembre 1823, il se montra au fond de la plaie une substance
» plus compacte, qui ressemblait parfaitement, par sa couleur
» et sa consistance, à la substance médullaire du cerveau. Il
» suintait également du sang de la surface, mais pas autant que
» de la substance fongueuse. Ce tissu encéphaloïde céda égale-
» ment à l'usage de l'alun brûlé et du précipité rouge, qui fu-
» rent alors employés, à parties égales, jusqu'à la guérison
» complète, laquelle eut lieu le 5 avril 1824. »

—

Rapport sur les observations précédentes (1).

Messieurs,

Le travail, intitulé guérison des tumeurs fongueuses par la suppuration, présenté par M. le docteur Verté, contient l'observation détaillée d'un enfant qui apporta en naissant une tumeur érectile au-dessus de la clavicule du côté droit; d'abord d'un petit volume, elle s'étendit bientôt du milieu de l'épaule à la partie supérieure du sternum. D'après la description, on est porté à croire qu'elle était de nature veineuse ou variqueuse. La compression fut mise en usage et continuée pendant trois mois, époque à laquelle on s'aperçut que l'épiderme était excorié. Après quelques jours de suppuration la cicatrisation eut lieu, et on remarqua une grande amélioration dans toute la partie qui avait suppuré. De là vint à M. Verté, l'idée de provoquer une nouvelle suppuration; il eut recours au vésicatoire et saupoudra la surface dénudée d'un mélange d'alun et d'oxide rouge de mercure.

Après deux mois de ce traitement la guérison fut complète, et ne s'est pas démentie depuis.

L'auteur entre dans quelques considérations anatomico-pathologiques sur ces affections, et pense, comme il est généralement admis, que les tumeurs fongueuses érectiles, nævi materni, etc., etc., sont formées par la terminaison des vaisseaux sanguins dilatés outre mesure, et qu'elles ont leur analogie dans l'économie à l'état normal, dans le tissu caverneux de la verge, le clitoris, les mamelons, etc., avec cette différence qu'elles ne sont pas enveloppées d'une membrane comme ces derniers.

Suivent six observations, dans l'une desquelles la guérison est survenue à la suite d'une éruption dartreuse avec un suintement abondant de matière provoquée par l'application du diachylum. Dans une autre la pâte arsenicale a été employée, dans les trois suivantes, on a eu recours au nitrate d'argent, et dans la dernière l'alun uni à l'oxide rouge de mercure a été mis en usage.

Nous pensons que la dénomination de traitement des tumeurs fongueuses par la suppuration ne convient pas; d'autant plus que par là on est porté à croire que c'est la suppuration qui est l'agent principal au moyen duquel la guérison s'obtient, ce qui est douteux. Il nous semble plutôt que c'est aux substances qui ont été employées dans les différents cas mentionnés que cette vertu doit être rapportée. En effet, ces substances ne produisent pas seulement l'inflammation des tissus sur lesquels on les dépose, mais exerçant une certaine astriction, ils

(1) M. Buys, *rapporteur.*

diminuent leur perméabilité, et par là empêchent le trop grand afflux des liquides, qui, à part une disposition particulière de la partie, nous paraît être une des causes de l'accroissement de ces tumeurs. Si au lieu de saupoudrer la surface dénudée d'oxide rouge de mercure et d'alun on s'était borné au pansement ordinaire des vésicatoires, croyez-vous que l'on aurait pu maîtriser la tumeur qui fait le sujet de la première observation? Nous ne le pensons pas, surtout qu'au bout de quelques mois elle avait fait des progrès si rapides. De même dans les autres observations nous voyons recourir au nitrate d'argent, à la pâte arsenicale, tous moyens dont l'expérience a depuis longtemps sanctionné l'efficacité, comme moyens styptiques ou astringents.

Si après la guérison de l'excoriation occasionnée par une compression mal surveillée, on a trouvé de l'amélioration dans l'état de la tumeur, doit on en rapporter tout le bénéfice à une petite suppuration et aucunement à une compression continuée pendant trois mois?

L'examen des différents moyens conseillés contre les tumeurs en question et leur opportunité respective, nous mèneraient trop loin, nous nous bornerons à dire que la méthode par les styptiques ne convient que dans les cas de tumeurs peu saillantes et où la vascularité est peu développée; la dernière observation rapportée par M. Verté, qui l'a extraite de la Revue Médicale française, en fournit la preuve: une dame portait depuis plusieurs années une tumeur fongueuse, en janvier 1823 elle avait la grosseur du poing; une ouverture faite avec la pointe d'une épingle donna lieu à une hémorrhagie que l'on ne put arrêter que par la compression; quelques jours plus tard une nouvelle hémorrhagie se déclara et fut tellement abondante qu'elle menaça les jours de la malade, cette fois ont eut recours à de la colophane et à la compression; l'hémorrhagie se renouvela encore à la levée de l'appareil, et elle fut plus violente que jamais, on appliqua de l'alun calciné auquel on ajouta quelque temps après de l'oxide rouge de mercure, et la guérison eut lieu le 5 avril 1824. Si dans ce cas on avait enlevé de prime abord toute la tumeur avec l'instrument tranchant, on n'aurait pas mis les jours de la malade en danger, et la cure aurait été opérée en peu de temps, au lieu d'exiger une quinzaine de mois.

Il est donc de cette affection comme de la plupart de celles qui forment le domaine de notre art; nombre de moyens sont à notre disposition pour les combattre, il s'agit seulement de choisir celui qui convient à l'espèce, et de ne pas, comme il n'arrive que trop souvent, nous attacher à un seul mode de traitement à l'exclusion de tous les autres.

Nous concluons à ce que des remerciements soient adressés à M. le docteur Verté, avec prière de continuer ses recherches, et de nous faire connaître les résultats qu'il aura obtenus.

RACCOURCISSEMENT SUBIT, PASSAGER, INDOLENT, ET LONG DE 20 MILLIMÈTRES, D'UN MEMBRE ABDOMINAL.

Observation recueillie par le docteur PUTÉGNAT de Lunéville, membre correspondant.

Le 24 avril 1840, Mme R.... m'amena sa petite fille, âgée de cinq années, atteinte depuis la veille de claudication du côté droit. Sa petite malade, douée d'un esprit extraordinaire, et que j'ai soignée déjà deux fois, pour une meningo-encéphalite aiguë et grave, la veille, en jouant avec d'autres enfants, s'est laissée tomber de sa hauteur seulement. Depuis ce moment il y a claudication très-forte. Il m'a été impossible d'apprendre de quelle manière la chute a eu lieu et quelle est la partie du corps qui a reçu le choc. Ce qu'il y a de positif, c'est que la petite s'est relevée promptement et a continué ses jeux sans se plaindre, mais en boitant. J'étends la malade sur son dos et de telle sorte que les épines iliaques antérieures et supérieures soient sur le même plan. Cela fait, je vois évidemment que le membre abdominal droit est moins grand que l'autre de 25 millimètres environ, que la maléole interne de la jambe droite est plus élevée que l'interne de la gauche de la distance indiquée, que la rotule droite est aussi plus élevée que la gauche. Le grand trochanter droit ne me paraît pas clairement plus éloigné de la crête iliaque que le gauche. La pointe n'est déviée ni en dedans ni en dehors. Je ne reconnais nulle part ni tuméfaction ni sensibilité. Tous les mouvements du membre subsistent, et je fais exécuter ceux de la hanche, du genou et du pied sans apparence aucune de douleur, la petite malade, très-gaie, chantant et soutenant qu'elle n'éprouve aucune souffrance. En fixant le bassin pour éviter son inclinaison, je prouve à mon confrère Gueury, que j'ai fait appeler pour avoir son avis, qu'en exerçant sur le membre une traction assez forte, celui-ci reprend sa longueur normale. Il n'y a point de crépitation dans la tranche ni ailleurs. Quelle pouvait être la cause de cette claudication? le pied n'étant dévié ni à droite ni à gauche, le grand trochanter n'étant point sensiblement changé de place, la crépitation n'existant pas ainsi

que la douleur, le gonflement et la gêne dans les mouvements; la rotation s'exécutant facilement et bien dans l'articulation coxo-fémorale; la petite malade couchée sur son dos pouvant élever le membre entier en faisant écarter le talon du plan horizontal sur lequel il repose; je n'ai pu croire ni à une fracture du col du fémur, ni à sa luxation; en effet, deux jours de repos et des grands bains suffirent pour faire disparaître la claudication.

Le raccourcissement reconnaissait-il pour cause l'inclinaison du bassin du côté non malade? je sais que Brodie (*Annal. des arti.*, trad. franç., 1819, p. 111), a cherché à expliquer de cette manière le raccourcissement qui survient quelquefois au début de la coxalgie, mais il me semble que cette explication au peut convenir au cas présent, attendu que le raccourcissement persistait pendant que la malade occupait la position horizontale, les épines iliaques antérieures et supérieures placées sur le même plan, et qu'il disparaissait par la traction sur le membre, le bassin étant fixé.

On ne peut pas non plus appliquer au cas présent l'explication que donne M. Fricke du raccourcissement qui se remarque quelquefois dans la coxarthrocace, maladie qui est (suivant cet auteur) différente de la coxalgie; car il n'y avait point de douleur vive, et, par conséquent, pour la calmer, il n'était pas besoin d'une violente traction musculaire qui appliquât fortement la tête du fémur dans sa cavité (Fricke, *Archiv. gén. de méd.*, 2e série, 1834, t. V, p. 599).

M. Bérard (*Dict. de méd.*, t. 15, p. 9) demande s'il ne peut pas survenir, à la suite d'une contusion, un léger changement dans la longueur du membre, sans qu'il y ait eu fracture ou luxation. Suivant cet auteur (l. c.), il pourrait bien se faire que ce raccourcissement fût le résultat de l'espèce de paralysie qui suit souvent les contusions violentes.

Cette explication ne peut encore convenir au fait que je viens de citer, car il n'y a eu aucune douleur, comme je l'ai dit; par conséquent il n'y a pu avoir contusion *violente*. Serait-ce un épanchement de synovie dans la capsule de l'articulation de la hanche qui aurait causé ce *raccourcissement*. M. Bérard prétend que l'accumulation de ce liquide au lieu indiqué doit produire ce

raccourcissement. L'on sait que J. L. Petit (*Mémoires de l'Académie des sciences*, 1722, p. 117 et suiv.), a soutenu que cet épanchement synovial produisait l'allongement du membre; que Sabatier (*Mém. de l'Acad. roy. de chir.*), que Desault (*OEuvres chirurg.*, t. I, p. 418, 3e édition), et que Boyer surtout (*Traité des mal. chirurg.*, 4e édition, t. IV, p. 308), ont combattu cette opinion, qui fut reproduite par M. Lesauvage de Caen (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. 9); par M. Nelaton (*Bulletin de la soc. anat.*, 3e série, t. I, p. 14). Que M. Bérard ait tort ou raison, le fait est : sa manière de voir ne peut être adoptée pour l'observation que j'ai rapportée; car l'accumulation de la synovie n'a pu se faire à l'instant même de la chute, et, cependant, l'on se souvient que l'enfant a commencé à boiter en se relevant.

Somme toute : je ne connais aucune explication qui puisse rendre exactement compte du raccourcissement *subit, passager, indolent* du membre abdominal dans l'observation que j'ai donnée ; je laisse à d'autres le soin de l'expliquer, et termine en disant avec M. Bérard, que ce sujet demanderait de nouvelles recherches.

—

Rapport sur l'observation précédente (1).

L'auteur de cette observation passe en revue toutes les causes qui peuvent avoir donné lieu au raccourcissement sans s'arrêter à aucune, et termine en disant qu'il laisse à d'autres le soin de l'expliquer. Nous croyons que c'est l'accumulation de la synovie qui a donné lieu au raccourcissement dont il est ici question.

Boyer dans son traité des maladies chirurgicales en parlant de l'hydropisie des articulations dit que la cause prochaine ou immédiate de cette maladie est le défaut d'équilibre entre l'exhalation de la synovie et son absorption. On croit avoir observé que lorsqu'elle est produite par une exhalation exagérée, elle se développe avec assez de promptitude et se présente sous forme aiguë, etc.

La malade qui fait le sujet de cette observation a fait une chute; probablement sur le grand trochanter, il survient à l'instant même

(1) MM. Buys, Verriest, *commissaires*, M. Vansteenkiste, *rapporteur*.

une claudication que nous pouvons attribuer à la douleur, et un appe plus considérable de la synovie dans la cavité cotyloïde qui, en éloignant la tête du fémur de sa cavité articulaire, a dû produire le raccourcissement du membre, et ensuite, par la résorption prompte qui peut avoir lieu surtout à cet âge, le retour à l'état normal a eu lieu.

Bruges, ce 7 juillet 1840.

—

OBSERVATION

DE RUPTURE DU PÉRINÉE, COMPLIQUÉE DE CHUTE DE LA MATRICE ET DE RENVERSEMENT DU VAGIN : OPÉRATION DE PÉRINÉRAPHIE NON SUIVIE DE SUCCÈS ;

Par M. VERHAEGHE,

Chirurgien de l'hôpital civil d'Ostende, membre correspondant.

Quoique l'opération, qui fait le sujet de cette observation, n'ait pas été suivie du succès qu'on était en droit d'en espérer elle m'a néanmoins paru assez intéressante pour être communiquée à la Société : ne fut-ce que dans le but de constater l'époque à laquelle une nouvelle méthode opératoire étrangère a été introduite dans le domaine de la chirurgie de notre pays. En effet, nos journaux de médecine n'ayant rapporté aucune opération de ce genre depuis les importantes modifications introduites dans son mode d'exécution par les professeurs Roux et Dieffenbach, je puis croire que je suis le premier qui ait pratiqué la périnéraphie en Belgique.

La femme de François Verhielle, cordonnier à Ostende, âgée de 32 ans, taille moyenne, constitution sanguine, accoucha de son premier enfant dans le mois de juin 1833. L'application du forceps, qui probablement fut faite avec peu de ménagement, occasionna une déchirure complète du périnée. Pendant les premiers mois qui suivirent cet accouchement, les vents et les matières fécales n'étaient que difficilement retenus; parfois elles s'écoulaient involontairement : plus tard cette malheureuse femme

put mieux retenir ces matières et son état devint plus supportable. Il existait en même temps une chute de la matrice et un renversement de la membrane muqueuse du vagin. Elle devint de nouveau enceinte en 1834 et accoucha heureusement, de même qu'en 1836 et 1838 : mais après chaque accouchement la chute de la matrice augmenta au point que le col de cet organe était habituellement pendant hors de la vulve. Une quatrième grossesse en 1839 fit sentir les conséquences de cette infirmité au plus haut degré : la matrice descendue plus bas qu'à l'ordinaire avait entraîné la vessie, d'où résultait une impossibilité d'uriner sans le secours de la sonde. Une fausse couche au quatrième mois de la grossesse (septembre 1839) amena quelque soulagement ; la matrice, revenue à son volume normal, descendait moins : ce soulagement ne fut que de courte durée ; une nouvelle incontinence des matières fécales poussa la femme à bout et elle désirait vivement l'opération, seul moyen de la délivrer d'une aussi dégoûtante infirmité.

Malgré les craintes d'insuccès que devait nécessairement faire naître la fâcheuse complication de la chute de la matrice ; je cédai aux désirs de cette femme entraîné par ses supplications, son courage et surtout par l'espérance que la non-division de la cloison recto-vaginale rendant l'opération plus simple, serait venue contrebalancer la contre-indication de la complication.

Voici quel était l'état des parties avant l'opération : la déchirure du périnée s'étendait jusqu'à l'anus dont le bord antérieur était divisé dans deux à trois lignes de hauteur : une partie du sphincter a dû être comprise dans la solution de continuité, ce qui explique l'écoulement involontaire des fèces. Les deux lèvres de la division étaient un peu inégales mais point calleuses. La cloison recto-vaginale était intacte. Tout le col de la matrice était habituellement pendant hors de la vulve, il était notablement augmenté de volume et couvert de nombreuses excoriations résultant du contact des urines et des matières fécales : derrière celui-ci, la membrane muqueuse vaginale renversée formait une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule ; ces parties étaient faciles à réduire, mais le moindre mouvement les ramenait au dehors.

Après avoir été convenablement préparée pendant plusieurs jours au moyen d'une diète sévère, quelques laxatifs et des lavements, la malade fut soumise à l'opération le 17 novembre 1839 en présence de messieurs Janssens et Deceuninck. Elle fut placée sur le bord d'une table comme pour l'opération de la taille, je commençai par raser la partie, vider la vessie et réduire la matrice ainsi que la muqueuse vaginale qu'un aide maintenait réduites au moyen d'une éponge. Les lèvres de la division étant convenablement écartées de chaque côté, je procédai à l'avivement en commençant par le côté droit de la manière suivante : au moyen d'un bistouri convexe je circonscrivis un lambeau quadrilatère s'étendant d'avant en arrière depuis l'endroit où avait existé auparavant la fourchette de la vulve, jusqu'au fond de la déchirure terminée, comme il est dit ci-dessus, au bord de l'anus : puis avec un bistouri boutonné très-étroit, je disséquai le lambeau aussi mince que possible, ayant toutefois la précaution d'anticiper un peu sur la paroi du vagin d'une part et sur la peau d'autre part, afin de mettre en contact des surfaces aussi étendues que possible. La même chose fut faite du côté gauche : il n'y eut point d'hémorrhagie. Trois grandes aiguilles courbes, portant chacune une ligature plate formée de huit fils placés les uns à côté des autres et fortement cirés, servirent à réunir les deux lèvres de la nouvelle plaie : une première aiguille fut placée près de l'anus; je la fis entrer dans la lèvre gauche à un bon pouce du bord de la plaie, et ressortir à la même distance du bord de la plaie du côté opposé; dans ce trajet elle anticipa sur la muqueuse vaginale afin de mieux mettre en contact tous les points des deux surfaces saignantes, une autre aiguille fut passée de la même manière à l'endroit où avait existé la fourchette et une troisième fut placée au milieu des deux premières. Le dédoublement des extrémités de chaque ligature permit d'y engager un morceau de bougie en gomme élastique sur lequel les liens furent noués en exerçant une constriction modérée. La saillie en dehors des bords de la plaie que M. Roux a toujours observée, était très-peu sensible et ne réclama aucune attention. Les parties furent soigneusement essuyées et l'opération se trouva terminée à notre grande satisfaction.

Une sonde de caoutchouc fut laissée à demeure dans la vessie ; j'avais pensé qu'en employant à cet effet une grosse sonde d'homme, les urines auraient pu être conduites dans un vase tenu à distance, de manière à soustraire la plaie à leur contact irritant : ces prévisions furent complétement réalisées; pour tout pansement on appliqua sur les parties des compresses trempées dans de l'eau froide et fréquemment renouvelées; les cuisses furent maintenues rapprochées au moyen d'un mouchoir plié en cravatte, et la femme placée sur le côté dans son lit. Des petites doses d'opium furent prescrites journellement dans le but de favoriser la constipation, la malade continua la diète sévère et ne prit que quelques gorgées d'eau de riz.

Tout marchait au gré de mes désirs, lorsque le quatrième jour je m'aperçus de l'écoulement de quelques gouttes de pus par l'orifice d'une des sutures : la femme était en même temps incommodée par un écoulement vaginal mucoso-purulent qui ne manque jamais d'après M. Roux et pour lequel il conseille des injections émollientes; je me conformai exactement aux préceptes de ce professeur, tout fut fait par moi-même; les injections, les applications des compresses froides, le soin de changer la malade de position et de place; en un mot, je fis l'office de garde-malade pour être assuré de l'exécution exacte de ce qui était à faire. Malgré tant de soins, la quantité de pus qui sortait par une suture augmenta, les lèvres de la plaie en laissèrent passer aussi, et à quelques jours de là j'eus la douleur de voir qu'une suppuration abondante avait envahi toute la plaie. Le douzième jour, la femme sentit le besoin d'aller à la garde-robe; je lui donnai un lavement dans le but de délayer les matières fécales qui furent rendues sans difficulté. Le quatorzième jour, je me vis forcé d'ôter les sutures qui avaient entamé profondément les parties; la réunion n'existait nulle part : les deux côtés de la division se sont cicatrisés séparément, et cette malheureuse femme se trouve dans le même état qu'avant l'opération.

Je fais suivre cette observation de la traduction de l'article *rupturperinæi* du Dictionnaire de chirurgie de Blasius (Handwörtenbüch dergesammten chirurgie und augenheilkünde von E. Blasius, Berlin, 1838); cet article qui est dû à la plume de

M. H. J. Beck, conseiller privé de la cour, professeur de chirurgie de l'université de Fribourg, est un résumé exact des travaux des chirurgiens allemands et français sur cette matière.

Le périnée peut être déchiré de différentes manières et dans une étendue variable. Le plus communément c'est sa partie antérieure qui est rompue, dans ce cas le rectum et son sphincter restent intacts : la réunion des bords de cette division ne se fait presque jamais par les seuls efforts de la nature, mais ils se cicatrisent isolément, la vulve perd de sa contractilité et se prolonge plus ou moins en arrière. Une espèce de rupture du périnée qui s'observe très-rarement est celle où l'enfant passe à travers son centre sans que la commissure de la vulve ou l'anus soient divisés par cet accident (déchirure centrale du périnée) qui paraît d'abord effrayant se guérit cependant spontanément. La déchirure la plus grave est celle qui s'étend jusqu'au rectum et qui intéresse la cloison recto-vaginale : ici la guérison ne se fait jamais sans le secours de l'art, les bords de cette large division se cicatrisent à part et se couvrent d'une membrane muqueuse; le vagin et l'anus ne font qu'un, la vulve est changée en un vaste cloaque, les matières fécales pour peu qu'elles soient liquides s'échappent involontairement, et la malheureuse femme en proie à cette infirmité devient un objet de dégoût tant pour elle même que pour les personnes qui l'entourent ; il y a souvent complication de chute de la membrane muqueuse du rectum. Un pareil état ne met pas obstacle à des nouvelles grossesses; l'accouchement est même rendu plus facile par l'ampleur de l'ouverture périnéale.

Les causes qui prédisposent à une déchirure du périnée sont : la largeur de cette partie, le peu de longueur et la largeur des ligaments pubiens (schaambundschen) d'où résulte une étroitesse démesurée de la vulve; la sécheresse et la rigidité des parties génitales. Les causes déterminantes sont : un accouchement précipité, difficile et laborieux surtout chez des femmes primipares ; le trop grand écartement des membres inférieurs pendant l'accouchement ; cet écartement par lequel le périnée est distendu outre mesure a lieu quand on se sert des fauteuils à accoucher, dont la construction est mauvaise.

D'autres causes peuvent amener la rupture du périnée : telles sont des ulcères syphilitiques et autres plaies ; on n'a jamais vu des divisions congénitales du périnée.

Pour peu que la déchirure soit étendue, elle réclame la suture comme moyen de guérison. Celles qui s'étendent jusqu'à la cloison réclament impérieusement cette opération. La réunion doit être tentée peu de temps après l'accident, à moins que des contre-indications n'y mettent obstacle : ces contre-indications sont un épuisement par suite d'hémorrhagie, des accidents nerveux ou fébriles, gonflement considérable des parties génitales suite de leur forte contusion.

M. Dieffenbach avait d'abord établi en précepte de ne pas pratiquer l'opération dans les déchirures récentes, et d'attendre la fin de la lactation, parce que la grande sécrétion dont les parties génitales sont le siége pendant l'état puerpéral, et le degré de contusion des parties lésées sont un obstacle à la réunion immédiate.

Mais depuis ce professeur a complétement changé d'opinion; l'expérience lui ayant prouvé qu'il est plus avantageux de tenter la réunion aussitôt après l'accouchement; en agissant ainsi, on évite l'avivement des deux lèvres de la division et on épargne par conséquent beaucoup de douleur à la malade : d'un autre côté à une époque rapprochée de l'accouchement il existe une tendance prononcée à la cicatrisation, tendance qui est beaucoup moindre après l'opération pour une déchirure ancienne. Ce professeur a souvent opéré immédiatement après l'accident sans avoir jamais vu survenir des accidents fâcheux.

Afin que la défécation ne vienne pas troubler la réunion, on donnera pendant les huit ou dix premiers jours après l'opération des petites doses d'opium ; au bout de ce temps, on fera dans le rectum des injections d'eau de *savon* pour délayer les matières fécales durcies; ces injections se feront au moyen d'une grosse canule à large ouverture, à travers laquelle les matières trouvent une issue facile. Ces lavements seront administrés la femme étant debout afin de diminuer les chances d'une désunion. M. Duparque recommande d'attendre la fin de l'inflammation traumatique avant de placer les sutures : cette opinion est er-

ronée. M. Moulin conseille l'application d'une forte pince dont les mords recouverts de cuir maintiennent les deux lèvres de la plaie en contact au moyen d'un ressort ou d'une coulisse qui presse sur les branches de la pince ; de cette manière la suture devient inutile.

L'opération dont il est ici question a été pratiquée avec succès par Saucerotte, Noël, Mursinna, Osiander et Menzel; dans ces dernières années, MM. Roux et Dieffenbach ont acquis une nouvelle gloire par le perfectionnement qu'ils ont introduit dans le mode d'exécution de l'opération, et dans le traitement consécutif.

Pour pratiquer la suture du périnée, la femme doit-être placée comme pour la taille sous-pubienne, les parties génitales rasées et les fesses fortement écartées par deux aides, les deux côtés de la rupture doivent être enlevés jusque dans le fond de la division. On attend la cessation de l'écoulement sanguin avant de procéder à la réunion. L'auteur de cet article s'est servi avec succès de la suture entrecoupée ou à nœud, qu'il considère comme la meilleure parce qu'elle comprend le fond de la division par où la réunion des parties homogènes doit commencer. M. Dieffenbach emploie la suture à nœud conjointement avec l'entortillée, tandis que M. Roux attribue le succès à la suture enchevillée. D'après M. Dieffenbach la réunion du fond et des bords de la plaie est favorisée au moyen de deux incisions semi-lunaires profondes, qui ont en outre l'avantage de soustraire le périnée à des tiraillements même pendant les différents mouvements du corps : ces incisions sont principalement recommandées dans les cas de ruptures anciennes compliquées de rigidité des parties environnantes. M. Roux ne les pratique jamais; l'auteur n'y a pas eu recours non plus quoiqu'il en eut vu les bons effets dans l'opération de la staphyloraphie.

Après l'opération, la malade sera placée sur le côté, les membres inférieurs fléchis, la vessie sera vidée au moyen de la sonde, une diète sévère devra être observée et pour tout pansement on appliquera sur la plaie des compresses trempées dans un liquide émollient froid. Des petites doses d'opium devront être administrées journellement dans le but d'éloigner autant que

possible, la première garde-robe. Plus tard on fera dans le rectum des infusions d'eau savonneuse, comme il est dit ci-dessus.

M. Roux a remarqué après chaque opération de périnéraphie un écoulement vaginal mucoso-purulent pour lequel il conseille des injections émollientes.

Les sutures ne seront pas levées avant le huitième jour : quoique la réunion des parties soit opérée il reste ordinairement du côté de l'anus une petite fente qui se cicatrise par la suite. La réunion complète de la cloison recto-vaginale se fait lentement et il persiste, pendant quelque temps, une fistule qui donne passage à des vents et à une petite quantité de matières fécales; au bout d'un temps plus ou moins long cette fistule se ferme et la guérison est définitive.

—

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LE CAUSTIQUE DE VIENNE ;

Par M. A COMEIN,

Chirurgien-Accoucheur à Zonnebeke, lez-Ypres, membre correspondant.

Emploi de la pâte calcico-potassique, ou caustique de Vienne.

Jean Durnez, charpentier, âgé de 48 ans, demeurant à Passchendaele, vint me consulter, le 28 février 1858, pour deux lipômes qu'il portait sur la tête, dont l'un de la grosseur d'une pomme de renette était situé sur la suture sagittale, et l'autre de la grosseur d'une grande noix de muscade se trouvait à côté sur le pariétal droit. Questionné sur ces tumeurs, il me dit qu'il s'en était aperçu dès l'âge de douze ans, et qu'elles s'étaient continuellement accrues. Depuis vingt ans la grande tumeur le gêne fortement; il a consulté pendant ce temps plusieurs médecins; les uns lui ont conseillé de ne pas y toucher, les autres ont voulu l'extirper, mais le malade craignant le bistouri n'y a jamais consenti.

Établi depuis peu à Zonnebeke, le malade voulut également avoir mon avis. Je ne lui parlai point d'extirpation, parce qu'il m'avait déjà observé qu'il n'en voulait point; je lui dis, au con-

traire, que je pouvais les faire disparaître sans employer l'instrument tranchant. Durnez en fut très-charmé et voulut que je me misse de suite à l'œuvre ; je préparai donc ma pâte caustique de la manière que je la trouvai indiquée (*Journ. des conn. méd. chir.*, décembre 1835, p. 229) (1).

La pâte fut appliquée 15 minutes sur toute la surface de la grande tumeur et 10 minutes sur la petite; le malade me déclara bientôt qu'il sentait une cuisson qui s'augmentait graduellement comme si l'on y eût appliqué un charbon ardent. J'ôtai le caustique après le temps ci-dessus mentionné, et les tumeurs se trouvaient recouvertes d'une eschare grise foncée et tant soit peu molle, de manière que la grande tumeur qui avant l'application du caustique était dûre comme un os, et que je croyais remplie d'une matière dense, se trouvait à présent ramollie au point que je pouvais diagnostiquer qu'elle renfermait un liquide. Trois jours après le malade vint me voir, et la couleur grise était passée au noir le plus foncé et l'eschare avait pris la consistance du cuir bouilli; les tumeurs étaient déjà fortement réduites. Aucun pansement ne fut fait.

Le 8 mars, neuvième jour de l'application, le malade vint me voir, disant que la nuit il s'était écoulé beaucoup de matière; effectivement l'eschare était en partie détachée et les parois du kyste entamées ; une légère pression fit sortir une matière épaisse, purulente, de la couleur de chocolat; aucun pansement.

Le 11, le malade vint me voir de nouveau; l'eschare était en grande partie détachée. Je tâchai de l'enlever en entier, il me fut impossible; cependant la matière qui se trouvait au-dessous exhalait une odeur infecte; c'est ce qui m'engagea à en exciser une grande partie. Alors j'eus la facilité d'enlever toute la matière purulente, qui était très-épaisse, de couleur blanc jaunâtre; j'ordonnai au malade des cataplasmes, afin de hâter la chute du

(1) Le caustique de Vienne se prépare comme suit : on prend 6 partie de chaux vive, que l'on triture dans un mortier de fer un peu chauffé avec 5 parties de potasse à l'alcool. Ce mélange pulvérulent est placé dans un flacon bouché à l'émeril. Lorsque l'on veut s'en servir, on jette dans une soucoupe une certaine partie de la poudre que l'on mêle avec de l'alcool ou de l'eau de cologne de manière à former une pâte assez épaisse.

reste de l'eschare. Le 14, elle est tombée entièrement; je fis aussi l'extraction du fond de la paroi interne du kyste, qui est de nature fibro-cartilagineuse. Les lèvres de la nouvelle plaie ayant l'épaisseur du petit doigt, je fis des pansements avec le basilicum jusqu'au 25 mars; alors la plaie étant très-petite, un peu de cérat simple compléta la cicatrisation au bout de trois jours, le 28 mars, un mois après l'application du caustique.

Obs. II. — Le 5 novembre 1839, Charles Van de Lanoite, jeune homme, âgé de 26 ans, me consulte pour une loupe grosse comme une noix, située sur le coude-pied droit; il s'en est aperçu depuis deux ans, et elle a continuellement augmenté de volume; il en est gêné au point qu'il ne peut plus porter des bottes; je propose l'extirpation comme le meilleur moyen, mais ses parents craintifs ne consentent pas. En conséquence, j'emploie le caustique de Vienne; je suis obligé de l'y laisser 25 minutes, parce que la peau est excessivement durcie; après ce temps, j'obtiens une eschare grise; au bout de trois jours l'eschare est devenue tout à fait noire et déprimée; on ne sent plus de tumeur; ce ne fut que le 23 novembre, c'est-à-dire 18 jours après l'application du caustique, que je pus enlever l'eschare qui était comme cornée : à sa face interne adhérait le petit sac du kyste qui renfermait tant soit peu de matière épaisse, blanchâtre; quoique la plaie fut petite, la cicatrisation se fit longtemps; attendre en effet, ce ne fut que le 20 décembre qu'elle fut complète.

Ce qui me fit tenter l'essai de ce caustique, c'est l'éloge qu'en fait M. Taxil de Toulon (*Journ. des conn. méd. chir.*, mai 1837, p. 192). Il dit : « Les loupes et toutes les tumeurs enkystées qui » se sont présentées à nous en 1835, soit à l'hospice soit en » ville, ont été soumises à l'action de ce caustique, et dans tous » les cas (12), nous avons vu l'eschare intéresser la peau, en» tamer le kyste, qu'il faut souvent vider par la pression; et » après la sortie de la matière qu'il renfermait, on le voyait se » détacher ou en entier ou par fragments. Cette méthode sim» ple n'épouvante pas les malades; les douleurs qu'elle fait » éprouver sont légères, ne durent que 4 ou 5 minutes; les ré» sultats sont doux autant qu'infaillibles : là point d'érysipèle

» traumatique, point de nécessité de ces ligatures d'artères,
» sources si fécondes d'inflammation. »

M. Romain Gérardin l'a également appliqué dans un cas, avec succès (même journal, août 1837, p. 54).

Pour moi, je ne puis que m'en louer; les deux malades dont j'ai cité l'histoire n'ont abandonné un seul instant leur travail, n'ont été soumis à aucun régime et ils ne se sont jamais plaints; mais dans aucun cas je n'ai, comme M. Gérardin, pu enlever le bord circulaire de l'eschare et culbuter la loupe; la petite tumeur sur la tête de Durnez, et celle du pied de Charles Van de Lanoite se sont affaissées au point que, quatre ou cinq jours après l'application du caustique, la tumeur était nivelée avec la peau, et qu'à la chute de l'eschare on ne trouvait plus que le sac du kyste renfermant tant soit peu de matière concrète; la partie liquide avait été absorbée.

Je m'abstiendrai d'autres remarques sur mes observations, croyant les avoir suffisamment détaillées. Je passerai également sous silence les autres affections contre lesquelles on a employé le caustique de Vienne avec succès, parce que je n'ai point eu occasion de les constater, ces maladies ne s'étant point présentées à mon observation.

—

Rapport sur les observations précédentes (1).

Les observations qui nous sont communiquées par M. Comein doivent être envisagées sous deux points principaux. D'abord, s'il y a un plus grand avantage à ouvrir les loupes et les tumeurs enkystées plutôt par le caustique, que par l'instrument tranchant, et ensuite, en cas d'affirmation, si le caustique de Vienne est préférable à tout autre.

En analysant ces observations, nous sommes portés à donner en général la préférence au bistouri. En effet, dans la première observation, l'auteur fut obligé d'avoir recours à l'instrument tranchant, le treizième jour après l'application du caustique, afin d'exciser une partie de l'eschare et après la chute complète de celle-ci, le seizième jour,

(1) MM. Buylaert et Claeysens, *commissaires*, Verriest, *rapporteur*.

il fit l'extraction du fond de la paroi interne du kyste et cette fois encore avec le bistouri sans doute.

Puis si nous considérons que la cicatrisation complète ne fut obtenue qu'un mois après l'application du caustique dans le cas rapporté dans sa première observation et quarante-cinq jours chez le malade qui fait le sujet de sa seconde observation, nous sommes encore plus portés à ne pratiquer pour la cure de ces affections, que des plaies simples dont la guérison peut s'obtenir en bien moins de temps.

Toutefois, si le malade est pusillanime ou s'il refuse une opération, il est précieux d'avoir dans ces cas la ressource des caustiques, et parmi ceux-ci il est incontestable que l'avantage est du côté du caustique de Vienne qui agit plus promptement que tout autre et donne des résultats surs et précis, car la chaux en absorbant l'humidité empêche la potasse de se répandre au loin de sorte que l'on peut toujours déterminer la grandeur de l'eschare.

M. Comein nous a d'ailleurs bien fait connaître le mode d'action de cet agent thérapeutique, dans deux observations intéressantes sous ce point de vue. En conséquence nous avons l'honneur de proposer la nomination de M. Comein comme membre correspondant de notre société.

Bruges, ce 7 juillet 1840.

HOPITAL St-JEAN DE BRUXELLES.

SERVICE DE M. LE Dr VANCUTSEM, MÉDECIN EN CHEF

CONSIDÉRATIONS SUR LE REJET DES RÉVULSIFS DOULOUREUX DANS LE TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES CÉRÉBRALES ;

Par Isidore HENRIETTE, élève interne.

Primo non nocere.

Le cerveau est le centre de toute perception. La sensibilité animale qui nous donne la conscience de la sensation des corps extérieurs, toutes les fois qu'ils produisent une impression sur nos organes, est transmise au cerveau, centre de perception, au moyen des nerfs, agents intermédiaires, entre lui et l'organe extérieur.

Ce qui est vrai pour les sensations extérieures dans l'état de santé, ne l'est pas moins pour la sensibilité organique, pour les sensations intérieures dans l'état de maladie. Tant que l'état physiologique existe, celles-ci se font à l'insu de l'individu, et consistent uniquement dans la propriété qu'ont les organes de se pourvoir de matériaux propres à leur nutrition, à leur fonction. Survient-il un état pathologique, les besoins sont troublés avec la fonction dont ils dépendent, et s'accompagnent de différents symptômes, la douleur en particulier.

Le cerveau est donc l'organe matériel de la pensée; c'est à lui qu'aboutissent les sensations internes et externes, c'est de lui qu'émane le principe de tous les mouvements. Il exerce en outre un empire immense sur la vie organique, et principalement sur la nutrition.

Cette grande vérité, cette loi, une des plus fondamentales de l'organisme, que la théologie mystique, le spiritualisme, que le matérialisme ne sauraient ébrécher, et contre laquelle tant de théories, tant de doctrines bâties par des philosophes distingués

sont venus se briser avec plus ou moins d'éclat, nous a frappé vivement.

Jeune encore dans l'étude et la pratique des sciences médicales, qu'on nous pardonne notre témérité, peut-être, de livrer à la publicité le fruit de nos observations prises à la clinique de M. Van Cutsem, à l'hôpital Saint-Jean. Ce n'est, toutefois, qu'avec une extrême timidité que nous agissons et en réclamant l'indulgence du public médical.

La question de savoir si les révulsifs douloureux dans les hémorrhagies cérébrales doivent être rejetés ou mis en usage, dans l'état aigu, et subaigu, de cette affection, est d'une importance que tout le monde peut apprécier de prime abord. Commune aujourd'hui, très-grave par le fait seul de sa nature, de la rapidité avec laquelle elle progresse, des moyens, quoiqu'actifs, assez souvent impuissants, qu'on emploie, est-elle souvent mortelle?

Dans toutes les questions capitales, dans toutes les maladies qui portent une vive atteinte à l'organisation, des méthodes quelquefois diamétralement opposées ont été préconisées, ayant à leur appui une cohorte d'observations formidable. Mais soit qu'on ait mal interprété les faits, les phénomènes, qu'on ait rapporté à l'emploi des remèdes des modifications qui ne leur appartenaient point, le temps a démontré, que les systèmes qui étaient fondés à priori, étaient peu soutenables, et qu'aussitôt qu'on les exposait au creuset de l'expérience, ils se décomposaient quelquefois sans laisser de résidu. Il ne faut jamais, dit Cuvier, travailler dans le but de soutenir une théorie, parce que alors l'esprit se prévient et n'aperçoit plus que les choses par lesquelles sont confirmées les opinions qu'il s'est faites d'avance.

Cependant, pour le cas qui nous occupe maintenant, les praticiens sont à peu près unanimes sur la nécessité de l'emploi des émissions sanguines; mais ils ne le sont pas tous également sur l'opportunité des révulsifs, et de l'époque où appliqués ils peuvent rendre quelque service à l'humanité. Appuyé sur la longue pratique de M. Van Cutsem dans les hôpitaux, et sur les faits qui se sont passés sous nos yeux, les révulsifs douloureux dans les

hémorrhagies cérébrales récentes, paraissent plutôt nuisibles qu'utiles, et se conformant au premier précepte de l'art, non nocere, il vaut mieux attendre que de s'exposer aux accidents qu'ils produisent parfois.

Si on veut s'expliquer la manière d'agir de ces irritants, car ceux qui sont douloureux, tels que les vésicatoires, les sinapismes, jouissent de cette propriété à un haut degré; si on dirige son attention sur l'état de la partie où viennent aboutir leur principale action, la douleur, quelle est la conséquence rigoureuse qu'on peut en inférer? et dans la supposition même, ce qui est tout à fait gratuit, où ils ne réagiraient pas péniblement sur les centres nerveux, les lésions qu'on veut révulser ou dont on veut simplement modifier la marche, sont-elles réellement susceptibles de révulsion? Ce sont là autant de questions que nous essayerons de résoudre.

Les premiers effets de l'application des révulsifs douloureux sur une partie du corps, sont, la douleur, un sentiment de cuisson, la rougeur, l'afflux des liquides, etc., ils développent en un mot, tous les symptômes d'une phlogose locale, artificielle, et celle-ci, pour peu qu'elle soit étendue, qu'elle soit intense, détermine des phénomènes sympathiques sur le cerveau premièrement, et secondairement sur d'autres organes. Ces troubles sympathiques d'ailleurs varient beaucoup, suivant qu'on les observe sur de jeunes sujets doués d'une sensibilité différente.

Ces lésions locales, qui n'entraînent en elles aucun caractère de gravité, sont suivies, quelquefois, d'accidents formidables, et deviennent, dans certaines circonstances, la cause d'une excitation générale. Que de douleurs, que de nuits sans sommeil, que de mouvements fébriles, un simple panaris ne produit-il pas! Il est à remarquer que c'est encore dans des circonstances où le cerveau, libre de toute affection, jouit d'un état parfaitement physiologique. Que de fois encore n'a-t-on pas vu survenir une maladie presque toujours mortelle, le tétanos, à la suite d'une légère excoriation? on dira, peut-être, qu'il existait des causes particulières, prédisposantes; on invoquera, peut-être, l'influence barométrique de l'atmosphère? mais, que tout homme exempt d'idées préconçues, qui aime à s'assurer du véritable état des

choses, dise s'il existe dans la constitution particulière, individuelle, quoique physiologique, s'il existe une cause, malheureusement plus favorable au développement d'accidents terribles qu'un épanchement sanguin dans le cerveau, qu'une simple congestion, qu'une phlogose même chronique de l'encéphale, alors surtout qu'on cherche à les éveiller par des moyens irritants, par des moyens qui, loin de révulser, concentrent davantage!

Que fait un assez grand nombre d'hommes de l'art, appelé près d'un malade atteint, depuis peu d'instants, d'une hémorrhagie cérébrale? Vite, il le saigne, mais vite aussi des applications de sinapismes aux pieds, aux mollets, aux cuisses, et vite des applications de larges vésicatoires; comme, si le sang et les autres liquides, circulant dans l'économie, devaient se porter aussi immanquablement vers ces stimulants que le fer va trouver l'aimant (Rochoux). Croit-on que, dans ce cas, ils n'exercent pas une médication funeste et qu'ils puissent diminuer ou retarder la formation de l'épanchement? Il est tout aussi rationnel de croire que par la douleur vive qu'éveillent quelquefois ces sinapismes brûlants, en réagissant sur le cerveau, et en lui imprimant une impression pénible de souffrance, on mette celui-ci dans des conditions favorables à la formation, à l'accroissement d'un épanchement qui du reste existe, et que les révulsifs, quelqu'énergiques qu'ils puissent être, ne peuvent déjà plus le révulser.

L'analogie qui existe entre la douleur causée par l'application d'un sinapisme et celle causée par une brûlure est assez marquée; et qui ne connaît les résultats effrayants qu'elle occasionne, tels que le délire, le coma, les convulsions? Certes, alors, l'encéphale ne demeure pas étranger à la douleur qu'elles produisent dans la partie, à plus forte raison ne doit-on pas l'influencer quand déjà il est le siége d'une lésion mortelle.

S'il est démontré pour nous que la douleur va se réfléchir sur le cerveau, nous ne pouvons pas concevoir comment les révulsifs douloureux agissent sur la résolution des hémorrhagies cérébrales. L'afflux des liquides qu'ils occasionnent alors est d'autant plus considérable, qu'ils agissent sur des tissus sensibles et pourvus de vaisseaux vasculaires, sanguins et nerveux. L'encéphale est un des organes qui jouit de cette organisation

à un haut degré : la peau, en comparaison, en est beaucoup éloignée; et puisqu'il y a douleur, il doit y avoir afflux de liquide, *ubi dolor ibi fluxus;* si on se refusait à admettre cette analogie, on s'écarterait nécessairement de la vérité; les révulsifs appliqués à la peau la congestionnent; mais qui ne connaît ce vieil aphorisme du père de la médecine : *duobus laboribus simul abortis, vehementior obscurat alterum.* Effet contraire à celui qu'on veut obtenir, puisque l'excitation cérébrale l'emporte de beaucoup sur l'excitation cutanée.

Si nous reconnaissons des propriétés vivement irritantes, dans les applications sinapisées, etc., et si nous trouvons de graves inconvénients dans leur emploi, le raisonnement et la pratique s'unissant d'un commun accord, ont mis hors de doute l'opinion qu'avait émise Broussais, savoir : que les révulsifs n'ont d'action marquée que lorsque l'excitation artificielle qu'ils produisent est plus forte que celle qui existe ou qu'on veut révulser, ou du moins faut-il qu'elle soit égale. Eh bien! la somme des mouvements vitaux et la quantité de fluide qu'ils appellent vers le lieu de leur application peut elle seulement contre balancer celle qui existe dans l'encéphale? évidemment non.

La présence d'un caillot sanguin dans la substance encéphalique, au bout d'un temps plus ou moins long, détermine des symptômes fébriles et dont le malade ne peut quelquefois rendre compte, mais que l'examen des phénomènes tirés de l'appréciation du pouls, de la réaction fébrile, font connaître à un tact exercé. Cette réaction nous la croyons nécessaire, mais il faut qu'elle se tienne dans des limites étroites, convenables, sinon les antiphlogistiques doivent être employés à les réprimer. Le résultat de cette phlogose environnant le noyau apoplectique est la formation d'un kyste et c'est à l'aide des produits sécrétés par celui-ci que le sang épanché se ramollit et est résorbé. Ainsi tant qu'il y aura du sang épanché, il y aura un travail nécessaire à la guérison. Ce travail c'est la nature qui en fait les frais, c'est à elle que nous devons confier les soins du rétablissement. A la vérité, si, comme on le fait pour les plaies, pour les lésions de continuité en général, l'art pouvait à volonté, tantôt ralentir les mouvements organiques, tantôt leur imprimer un degré de ré-

action qui leur manque pour la cicatrisation, alors l'emploi des révulsifs douloureux pourrait peut-être convenir pour atteindre la seconde indication, mais, comme leur action est continue (et si elle ne l'était pas ils seraient à peu près inutiles), ils réagissent péniblement sur les centres nerveux et s'opposent à la guérison, à l'absorption interstitielle du sang épanché.

Il est encore une autre raison, d'une haute portée qui s'oppose à la disparition du caillot, tant qu'on a recours aux révulsifs dont nous parlons. S'il est une règle, une loi thérapeutique vraie, c'est bien celle qui nous dit que tout organe lésé demande pour son rétablissement, le repos, et d'être mis dans des circonstances qui le favorisent et le produisent.

Cette loi fondamentale dont la nature même nous donne l'exemple, et qu'elle nous force tous les jours à suivre, ne peut être enfreinte sans s'exposer à de graves accidents. L'estomac, a-t-il, sous l'influence d'une phlegmasie, perdu son état physiologique, aussitôt, la voix de la nature s'élève et, en enlevant l'appétit du malade, nous dit d'éviter de l'exciter par des aliments, par des médicaments. Cette précaution de la part de la nature ne se borne pas seulement à prescrire l'abstinence dans les inflammations de l'estomac, mais bien encore dans celles qui attaquent les principaux organes. N'est-ce pas toujours par une perte d'appétit que se développent la plupart des maladies aiguës? Croit-on, maintenant, que si le repos de l'estomac pour la résolution de la phlegmasie n'eût pas été nécessaire, la nature eût été la première à l'établir.

La médecine sait, parfois, en tirer parti. N'est-ce pas pour diminuer l'impétuosité du sang, pour diminuer le nombre d'inspirations, pour rendre l'hématose moins active, qu'on saigne dans les pneumonies? N'est-ce pas le même but, en partie, qu'ont en vue les médecins qui emploient l'émétique à haute dose? N'est-ce pas pour diminuer les palpitations du cœur qu'on administre la digitale? N'est-ce pas pour éviter d'impressionner péniblement le cerveau qu'on place les malades dans l'obscurité, lorsqu'ils sont atteints d'encéphalite, etc.? N'est-ce pas enfin instinctivement que le malade atteint de migraine abaisse le voile membraneux de l'œil pour éviter l'action douloureuse des rayons lumineux?

Et que prétend obtenir la chirurgie dans une fracture en la réduisant et en plaçant le membre dans un appareil construit de manière à ce que les fragments soient en rapport et dans l'immobilité, dans le repos, si ce n'est la consolidation, la cicatrisation?

S'il est démontré par l'expérience, que le repos est indispensable pour la guérison de ces lésions extérieures; qui pourrait dire et prouver qu'il n'est pas nécessaire pour la guérison, pour la cicatrisation d'une plaie de la substance cérébrale? Évidemment les révulsifs douloureux, ont un but tout opposé en réagissant 1° sur un tissu malade; 2° en lui enlevant le repos qui est nécessaire pour la guérison; 3° en mettant le moral des malades dans des circonstances contraires à celles qu'on doit chercher à obtenir. Distraire l'homme de ses maux, exciter en lui le courage, qui ne doit jamais l'abandonner, imprimer une direction nouvelle à ses facultés intellectuelles, sont autant de préceptes, autant de moyens qu'on cherche à mettre en pratique pour la guérison des lésions siégeant sur d'autres organes que sur le cerveau: doit-on les éviter quand il est lui-même atteint d'une maladie aussi grave? répondre par la négative serait une absurdité manifeste.

Abandonnant cette question, si on cherche à trouver quelques avantages tirés de l'emploi des révulsifs, appliqués à la maladie qui nous occupe, il faut se rappeler les règles attachées à leur usage. Il en est une entr'autres qui apprend qu'ils n'ont d'action rapide et durable que pour autant qu'ils sont appliqués sur des parties qui jouissent entr'elles de sympathies étroites et nombreuses, comme, par exemple, la peau pour les muqueuses. Mais quel est l'organe qui jouit d'une si étroite connexité avec le cerveau? et qui pourrait devenir le siége de prédilection pour leur application? La question serait facile à résoudre si on pouvait appliquer des vésicatoires et les rubéfiants sur l'organe qui jouit de cette propriété : cet organe c'est l'estomac. Mais quel est le médecin qui s'avisera, sans avoir recours à de pareils moyens, de le stimuler par n'importe quelle médication? Il n'y en a pas. Cette règle, ainsi, tombe d'elle-même et ne peut être suivie pour la question qui nous occupe.

Si cependant on pensait à les mettre en pratique, ils ne pour-

raient être placés que sur des organes qui jouissent d'une sympathie secondaire indirecte, leur puissance serait donc bien peu rapide et incertaine puisque ces révulsifs ne s'adresseraient pas immédiatement à l'organe malade, dont les désordres marchent avec une rapidité effrayante, et enlèvent les malades, malgré le traitement le plus actif et le mieux combiné qu'on leur oppose.

Pour ces cas on ne peut donc admettre l'opinion de M. Richoux (Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale) qui fait observer qu'il convient d'appliquer les irritants artificiels sur les parties dont l'action est en rapport inverse avec celle de l'organe phlogosé et de les éloigner au contraire des tissus dont la stimulation retentit ordinairement dans cet organe. Nous pensons, que si les révulsifs devenaient nécessaires parce qu'on n'aurait pu se rendre maître de la maladie par les autres moyens, on devrait prendre l'organe qui a le plus de liaison avec le cerveau, pour siége des révulsifs; mais encore faudrait-il qu'ils fussent doux, non douloureux.

La plupart des médecins, partisans de l'emploi des révulsifs, ne sont guère d'accord sur plusieurs points essentiels; convient-il, disent les uns, de les employer immédiatement après l'épanchement, ou bien, seulement après une ou deux émissions sanguines? Il s'est élevé à ce sujet de nombreuses discussions, et il en est résulté, ce qui advient presque toujours, que les partisans de l'un et de l'autre système sont restés chacun avec ses opinions. Il est arrivé la même chose quand il s'est agi de décider si les révulsifs doivent être appliqués loin de l'organe ou rapprochés de celui-ci.

Si l'emploi des révulsifs douloureux n'est qu'une médication le plus souvent funeste, l'exclusiveté n'est pas une si belle qualité du médecin pour qu'il le rejette dans tous les cas possibles.

Il n'arrive malheureusement que trop souvent, dans les encéphalites aiguës surtout, qu'on soit obligé d'y recourir quand la méthode antiphlogistique a échoué et que le malade est dans le plus grand danger: rester inactif alors, parce qu'on n'y a plus confiance et qu'il est le dernier moyen qui reste, serait une action blâmable. *In extremis morbis extrema remedia.*

Hors ces cas extrêmes, on ne peut, sans risquer beaucoup,

appliquer des irritants dans l'atmosphère capillaire qui environne immédiatement l'irritation morbide; si on y avait recours, dit Begin, elle en recevrait de nouvelles forces et ferait de nouveaux ravages; autant vaudrait presque recourir aux stimulants locaux et directs.

La plupart des auteurs qui traitent de la thérapeutique conseillent généralement, quand les moyens ont une action irritante marquée, tels que les sinapismes, de les éloigner le plus possible du siége de la maladie qu'on veut modifier, mais le choix de ce lieu n'est pas indifférent. C'est ainsi qu'il arriva à l'hôpital un malade qui avait été frappé d'une attaque d'apoplexie, et auquel on avait appliqué deux vésicatoires à la plante des pieds : quelles souffrances n'ont-ils pas occasionnées dans ce cas? Quand on réfléchit à l'excessive sensibilité de cette partie, il n'en faudrait pas davantage pour occasionner des convulsions. Le malade aussi, quand il est entré, ne parlait-il que de ses pieds.

Nous ne terminerons pas les réflexions qui précèdent sans parler de ces médicaments incendiaires qui portent le trouble avec eux. Nous voulons parler de la strychnine, de la noix vomique, etc. que quelques praticiens ont conseillées pour combattre la paralysie.

Le temps et l'expérience ont fait justice de pareils principes en les rejetant du domaine de la thérapeutique des hémorrhagies cérébrales, tout en rendant hommage à la médecine fonctionnelle et en proclamant que ce n'est pas à l'ombre qu'il faut s'adresser, mais au corps qu'on veut atteindre.

Sans admettre l'opinion exagérée trop générale d'un auteur assez recommandable, qui disait, en parlant des vésicatoires et des sinapismes, que la médecine fait plus de tort aux apoplectiques qu'elle ne leur fait du bien, et qu'il en mourrait un moins grand nombre s'il n'y avait pas de médecins, on doit convenir que l'art, dans certaines circonstances, et surtout quand les révulsifs dont nous parlons sont mis en pratique, s'oppose aux vues incessantes de la nature, la conservation de l'espèce.

Critiquer est chose facile, disait Boileau; la critique est aisée et l'art est difficile. Aussi, dans l'examen des doctrines médicales des méthodes thérapeutiques, il ne suffit pas d'y re-

connaître des défauts, des erreurs même; mais le point culminant, dans l'intérêt de l'homme malade, c'est de corriger l'édifice sur lequel elles sont élevées. Nous exposerons ainsi, et sommairement, la méthode de traitement suivie à l'hôpital Saint-Jean :

1° *Antiphlogistiques.* La saignée est le premier moyen et le plus constamment suivi de succès. On la répète aussi souvent que la réaction est forte; l'âge, la constitution, le tempérament, le sexe apportent nécessairement des variétés dans leur nombre. En général, trois ou quatre saignées de 12 onces suffisent; on seconde, presque toujours, leur action par plusieurs applications de sangsues, soit à la nuque, soit aux tempes, ou aux apophyses mastoïdes.

Les saignées sont pratiquées à peu près indistinctement des deux côtés du corps, mais de préférence, cependant, du côté opposé à la paralysie. Les saignées copieuses sont rejetées, parce qu'il est à craindre, alors, que le sang renfermé dans les différents diverticulum, le foie, la rate, ne venant à se précipiter trop brusquement dans le système de la grande circulation, n'augmente encore les symptômes existants et n'enlève le malade presque subitement. C'est ce qui nous explique, jusqu'à un certain point, ces morts subites arrivées pendant que le sang coulait, et qu'on a attribué, à tort, à un affaissement du cerveau, ce qui n'est rien moins que fort hypothétique. Qu'on nous permette ici de rappeler un cas de cette nature arrivé dans la pratique civile de M. Van Cutsem, et que plusieurs fois il nous a cité à sa clinique.

Appelé un jour, avec plusieurs de ses confrères, chez un avoué frappé, depuis peu, d'une attaque d'apoplexie, avec perte de la parole; il fut décidé qu'on lui ouvrirait la veine; pendant que le sang coulait, le malade revenait insensiblement à lui et avait recouvré en partie l'usage de la parole. Content du résultat, on se quitta avec l'intention de revoir le malade dans le courant du jour. A la seconde visite, comme le malade se plaignait encore de souffrir de la tête, on se décida, une seconde fois, à lui pratiquer une saignée; celle-ci fut abondante; le sang coulait depuis peu d'instants, quand tout à coup le malade

perdit encore la parole. Il se rétablit peu à peu, mais, quelques mois après cette première attaque, une seconde survint, et cette fois il mourut.

On n'a jamais recours à la saignée de la veine jugulaire pour des raisons faciles à saisir.

La saignée de l'artère temporale est quelquefois mise en pratique; nous croyons en avoir vu de bons résultats. Quand on peut arrêter l'écoulement du sang sans application de bandes, et seulement à l'aide de bandelettes agglutinatives, cela est bien préférable : le cours du sang n'étant pas alors interrompu dans les artères, les vaisseaux du cuir chevelu, il n'est pas obligé de refluer dans la carotide interne et de se rendre au cerveau. S'il arrive que l'hémorrhagie cérébrale est survenue après la disparition des règles, des hémorrhoïdes, d'un écoulement naturel enfin, on applique des sangsues à la vulve, à la partie supérieure interne des cuisses, à la marge de l'anus, à la face dorsale des pieds.

Dans le cours de la maladie, pendant que le travail cicatrisateur se fait, s'il survient des symptômes de congestion, on parvient facilement à la faire dissiper par une saignée, ou l'emploi d'un purgatif.

Ceux-ci ne sont guère employés que dans la période d'état et de terminaison, alors qu'il existe une constipation opiniâtre et qu'aucune contre-indication ne s'y oppose : les lavements émollients remplissent bien le but qu'on se propose, mais les premiers ont, en même temps, une action dérivative douce, non stimulante ; en fait de révulsifs ce sont à peu près les seuls qu'on emploie ; le calomel, le sulfate de soude principalement.

Les vésicatoires, lorsqu'ils sont appliqués, ce n'est que dans une période avancée de la maladie, alors qu'elle semble passer à la chronicité, et qu'on n'a plus à craindre une surexcitation.

Les sétons conviennent dans une période plus avancée encore.

Le régime est ensuite le moyen auquel on accorde le plus de confiance ; la diète absolue continuée le plus longtemps possible, le cura famis en facilitant l'absorption interstitielle, en affamant, en quelque sorte, les vaisseaux absorbants, en rendant le mouvement de décomposition plus actif que celui de composition, place

le malade dans l'état le plus favorable à la disparition de l'épanchement sanguin, à la formation d'un kyste, et par conséquent à la guérison. L'indocilité du malade s'oppose souvent à ce qu'on mette ce moyen en usage pendant longtemps, et qu'on en retire les effets qu'on a lieu d'espérer. La faim qui le tourmente bientôt lui fait demander, avec instance, quelques aliments, et si on les lui refuse, la mauvaise humeur qui s'empare de lui, s'il n'a pas la raison plus forte que ses besoins, lui fait plus de tort que ne peuvent lui faire quelques aliments d'une digestion prompte et facile, tels que quelques fruits, quelques pruneaux qui tout en amusant l'estomac, entretiennent le reste du tube digestif dans un état de liberté désirable.

La position élevée du tronc, l'obscurité dans le fort de la maladie sont des soins que tout homme de l'art emploie : nous nous bornons à les mentionner ici.

L'exercice, quand le malade peut s'y livrer sans aucun effort, le grand air, activent toujours le terme de la guérison qui du reste est assez long.

Observations à l'appui de ce qui précède.

Obs. I. — Une jeune fille de 23 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, frappée d'une attaque d'apoplexie, entra à l'hôpital St-Jean dans le cours de l'année 1839. Elle était paralysée du côté droit; il y avait perte de la parole, etc.; elle fut saignée quatre fois, et on eut recours à plusieurs applications de sangsues; un mieux marqué succéda à cette médication, et au bout de deux mois, elle sortit de l'hôpital, marchant assez bien et ayant recouvré l'usage de la parole.

Obs. II. — Au mois d'août 1839, le nommé François Dujardin, âgé de 52 ans, jardinier, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, fut conduit à l'hôpital, frappé, depuis peu, d'une attaque d'apoplexie : face rouge, animée; pupilles contractées; perte de la parole et de l'intelligence; paralysie du côté gauche; déviation de la bouche; insensibilité. Il fut saigné d'abord, et plusieurs fois ensuite dans le cours de sa maladie, chaque fois qu'il accusait de la pesanteur, de la céphalalgie, des étourdisse-

ments; les voies digestives étaient maintenues dans un état de liberté désirable à l'aide de lavements émollients, ou de purgatifs doux; son régime alimentaire était exclusivement végétal; au bout de trois mois de séjour à l'hôpital, il sortit en marchant bien, ayant recouvré l'usage de son bras et de la parole.

Obs. III. — La nommée Haecq, Marie, 49 ans, asthmatique, fut apportée le 2 novembre 1839, à l'hôpital St-Jean; elle présentait les mêmes symptômes que l'individu qui fait le sujet de l'observation précédente; le même traitement fut mis en pratique, et fut couronné du même succès. Ses accès d'asthme ont reparu, plusieurs fois depuis, avec une violence extrême; elle se trouve maintenant encore dans la salle de médecine, parce qu'elle est trop malheureuse et sans habitation.

Obs. IV.—Le nommé Knapen, Martin, 52 ans, atteint de démence, fut frappé d'une apoplexie, le 28 mai 1839. Tous les symptômes de cette maladie étaient réunis; on le saigna à différentes reprises, on lui appliqua plusieurs fois des sangsues, de temps à autre on lui administra un purgatif; il fut tenu à une diète végétale; au bout de quatre mois, il marchait et parlait comme une autre personne. Il fut transféré à cette époque au dépôt d'aliénés à Gheel.

Obs. V. — Grimbers, Henri, 49 ans, peintre en bâtiments, entra à l'hôpital St-Jean, le 2 avril 1840. Il était paralysé du côté droit, etc.; le même traitement que dans les autres cas fut mis en usage. Même succès.

Obs. VI. — Un homme fort sanguin, porte-faix, habitué aux liqueurs spiritueuses, vint à l'hôpital pendant le mois de septembre 1839, il était frappé d'une apoplexie; on employa le même traitement et le malade guérit.

Obs. VII. —Le nommé Passemeer, 55 ans, souffrant depuis longtemps de la tête, fut tout à coup frappé d'une hémorrhagie cérébrale. On le saigna à différentes reprises; mais on soupçonnait un ramollissement du cerveau, antérieur à l'épanchement; il mourut, et la nécroscopie assura la précision du diagnostic.

Obs. VIII. — Une femme de 50 ans, célibataire, fut apportée agonisante à l'hôpital, le matin elle avait été frappée d'une apoplexie; on la saigna, mais peu d'heures après, elle avait cessé

de vivre, à l'autopsie, on trouva un épanchement considérable, dans le ventricule droit, le corps calleux était déchiré.

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir à la clinique interne de l'hôpital St-Jean; qu'on veuille bien tenir compte de ces succès non douteux, ils ne sont que la traduction exacte des faits qui se sont présentés.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE,

CASPER'S WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE. 1840, N° 27, p. 125-432.

RÉFLEXIONS SUR L'OPÉRATION DU STRABISME;

Communiquées par le conseiller intime et professeur Dr DIEFFENBACH, à Berlin.

Depuis que j'ai publié, dans la gazette de la Société des médecins prussiens, mes premiers essais sur l'opération du strabisme, celle-ci a acquis une importance que je n'osais nullement espérer d'abord. J'ai opéré plus de 300 yeux louches, dans l'espace de quelques mois et la myotomie appliquée à ce genre de maladies a été faite, depuis lors, très-fréquemment, tant à Berlin que dans d'autres villes d'Allemagne et à l'étranger. Comme je me propose de rendre compte, d'une manière détaillée, de mes observations, dans une monographie que je ferai prochainement paraître et dans laquelle je communiquerai tous les cas que j'ai observés, je me bornerai à en donner ici le résumé.

Les individus les plus jeunes sur lesquels j'ai fait la section du muscle oculaire raccourci, étaient âgés de cinq ans, tandis que les individus les plus avancés en âge avaient presque atteint cinquante ans.

Le strabisme existait tantôt à un seul œil, tantôt aux deux yeux. L'opération réussissait, ordinairement, aussi bien dans un cas que dans l'autre.

Lorsque les deux yeux étaient affectés de strabisme, j'opérais l'œil le plus affecté en premier lieu, et après la guérison, je faisais l'opération de l'autre œil, ou j'opérais les deux yeux en même temps.

J'ai observé, dans la plupart des cas, le strabisme en dedans, résultant du raccourcissement du muscle droit interne. Dans quelques cas où le muscle trochléaire était en même temps raccourci, il a fallu également le diviser. Parmi les nombreux individus que j'ai opérés, je n'ai rencontré que fort rarement le strabisme en dehors, et plus rarement encore en haut et en dedans.

Je n'ai pas rencontré des yeux sur lesquels existait le strabisme en bas.

Le strabisme en haut était quelquefois compliqué de *blepharoptosis*. La section du muscle droit supérieur ne guérit pas seulement le strabisme, mais encore la ptose disparut peu à peu.

Le strabisme en dehors ou en dedans était souvent compliqué de nystagme du globe de l'œil. La section du muscle droit externe ou interne mit fin, non-seulement, au strabisme, mais encore, ordinairement, au nystagme. Dans d'autres cas le nystagme persista et ne disparut qu'après la section du muscle droit supérieur ou du muscle oblique supérieur ou du muscle droit externe.

Lorsque le strabisme était compliqué d'une cataracte je faisais les deux opérations simultanément. J'ai réussi, chaque fois, à guérir ces deux maladies.

Le strabisme s'était développé, chez la plupart des individus, dans l'enfance la plus tendre, après l'ophthalmie des nouveau-nés, après des ophthalmies scrofuleuses accompagnées d'ulcères de la cornée, après des exanthèmes aigus, etc. Chez beaucoup d'entre eux il se trouvait une cataracte centrale ou des cicatrices à la cornée.

J'ai opéré, avec succès ou avec une amélioration sensible, des yeux louchants, qui présentaient des cicatrices à la cornée, sur lesquels on avait pratiqué antérieurement l'opération de la formation d'une pupille artificielle.

Tous les individus affectés de strabisme, lorsqu'ils ne louchaient que d'un œil, voyaient plus mal qu'avec l'autre œil.

S'ils louchaient des deux yeux, l'œil le moins affecté était, ordinairement, l'œil le plus fort. La faiblesse de la vue d'un des deux yeux n'avait été observée que sur un petit nombre de malades; ils n'avaient vu, à proprement parler, qu'avec l'œil le plus sain, tandis que l'autre était dans l'inaction. La faiblesse de la vue fut parfaitement guérie par l'opération. Quelques-uns, souffrant d'une véritable amblyopie amaurotique, voyaient d'une manière très-aiguë immédiatement après l'opération.

Quelques individus louchants voyaient souvent double avant l'opération: la vue double persista, quelque temps encore, après que celle-ci fut pratiquée, et disparut, ensuite, complétement.

Il y eut des personnes affectées de strabisme qui, n'ayant jamais vu double, furent atteintes de diplopie immédiatement après l'opération: celles-ci n'avaient vu qu'avec le meilleur œil, tandis que l'autre œil était demeuré dans l'inaction; la position améliorée de ce dernier réveilla donc sa fonction. La diplopie disparut plus tard.

Quelques individus opérés voyaient encore plus mal immédiatement après l'opération; mais cette faiblesse disparaissait par l'exercice, et ils voyaient alors d'une manière parfaitement nette. Ce phénomène dépendait, sans doute, de ce qu'un point de la rétine, qui s'était trouvé jusque-là à l'ombre, entrait en fonction par suite de la position de l'œil devenue normale, et de ce que ce point avait encore besoin de quelque exercice.

Opération.

L'opération du *strabisme convergent* doit servir ici de règle générale.

L'opérateur se place toujours au côté droit du malade, soit que l'on doive opérer l'œil droit ou le gauche.

Le malade est assis sur une chaise; un aide, placé debout, derrière lui, tire en haut la paupière supérieure au moyen de l'élévateur de Pelletier.

Un deuxième aide implante alors une érigne très-fine, *flach*, dans la conjonctive vers l'angle interne de l'œil, à l'endroit où la conjonctive s'unit au globe de l'œil. Il remet alors l'érigne à un troisième aide, qui est placé au côté gauche du malade.

L'opérateur implante ensuite une deuxième érigne dans la conjonctive du globe oculaire à la distance d'une ligne et demie de la première érigne.

L'opérateur et l'aide soulèvent ensuite simultanément les érignes, forment ainsi un pli à la conjonctive, et tournent le globe de l'œil un peu en dehors. Ce pli doit être divisé au moyen des ciseaux oculaires, courbés sur le plat. Cette incision dénude déjà, ordinairement, le tendon et la partie antérieure du muscle.

On dénude alors, par quelques incisions, avec les ciseaux, dans une petite étendue, la surface externe du muscle.

Cela fait, on passe un crochet mousse au-dessous du tendon et l'on enlève les deux érignes qui ont été introduites dans la conjonctive.

Au moyen de ce crochet on est maintenant tout à fait maître du globe de l'œil : on détourne avec lui l'œil de l'angle interne, puis on place en dessous du muscle une sonde aplatie et on la pousse au travers de la réunion lâche formée par le tissu cellulaire qui se trouve entre le muscle et l'œil.

La section du muscle peut être faite avec les ciseaux dont nous avons parlé :

1° Devant le crochet, dans le tendon ;

2° Derrière le crochet, dans le commencement de la substance musculaire ;

3° Quelques lignes plus bas.

Le tendon ayant été divisé, il n'en reste rien au globe de l'œil, le muscle se retirant, ordinairement, à la distance d'une ligne.

Le muscle ayant été coupé lui-même dans sa partie antérieure ou plus en arrière, la partie postérieure se retire et la partie antérieure restée en connexion avec le globe de l'œil, se place en avant comme une portion lâche du muscle.

On éloigne cette portion d'après les circonstances, au moyen des ciseaux ou on la repousse dans la plaie, lorsqu'on désire qu'elle se réunisse avec la partie postérieure du muscle.

Exécutée par une main habile, toute l'opération ne dure ordinairement qu'une minute ; elle n'est presque pas douloureuse.

L'opération étant terminée, on nettoie l'œil au moyen de l'eau froide et d'une éponge molle.

Le traitement secondaire consiste en fomentations froides, dans un régime sévère et dans des purgatifs d'eau de Sedlitz. Le malade doit être placé dans une chambre obscure.

Dans la plupart des cas, la guérison se fait très-promptement; les traces de l'opération disparaissent après quelques semaines et l'œil est placé dans l'axe normal.

L'opération du strabisme en dedans est la plus facile; lorsqu'il a lieu en dedans et en haut, la section du muscle oblique supérieur présente plus de difficulté; dans le cas de strabisme convergent, la section du muscle droit offre une difficulté plus grande encore : la plus difficile de toutes, est celle du muscle droit supérieur, lorsque le strabisme a lieu en haut. Quant au manuel opératoire, il est dans tous les cas le même.

Observations sur cette opération.

Il est indispensable de tirer en haut la paupière supérieure et de tirer en bas la paupière inférieure au moyen d'un crochet de paupières; de cette façon, on rend libre toute la face antérieure du globe de l'œil; ce résultat ne s'obtient ni par la volonté du malade ni par l'écartement des paupières au moyen des doigts.

On ne peut fixer le globe de l'œil que par des érignes que l'on implante dans la conjonctive. Il paraît préférable de saisir et d'élever le pli de la conjonctive à l'aide d'une petite pince au lieu d'une érigne; néanmoins le premier de ces procédés est beaucoup plus douloureux, il blesse davantage et il est moins sûr. Le pli de la conjonctive saisi par la petite pince se déchire facilement ou glisse; et si elle est pourvue de dents, elle occasionne des plaies outre la contusion. Il faut placer deux érignes, afin que le pli puisse être convenablement tendu.

Le grand nombre d'opérations que j'ai faites, m'a donné occasion d'observer les phénomènes qui se manifestent après l'opération ainsi que les conséquences qui en résultent. Nous ne parlerons ici que du strabisme en dedans, chaque chirurgien pouvant faire facilement les modifications qu'exigent les autres espèces de strabisme.

Premier cas. — L'œil se place après la section du muscle dans la position normale.

Deuxième cas. — L'œil reste encore un peu louchant.

Troisième cas. — L'œil se tourne en dehors.

Dans mes premières opérations j'ai abandonné l'œil à lui-même après la section du muscle, j'ai réussi, cependant, peu à peu, à fixer davantage sa position.

Lorsque le strabisme convergent existe au plus faiblè degré, on ne fait qu'une très-petite ouverture à la conjonctive et on ne divise que le tendon du muscle immédiatement annexé à l'œil, sans le séparer ultérieurement. Dans ce cas là, l'œil conserve, au début, presque la même position; après quelques semaines il prend la direction normale.

Si l'on divise la conjonctive dans une plus grande étendue, et si l'on sépare le muscle, à sa surface inférieure, au moyen d'un élévateur du globe de l'œil, en le coupant ensuite, le strabisme disparaît aussitôt entièrement.

Lorsque la section de la conjonctive et du tissu cellulaire a été faite dans une étendue plus grande suivant le volume du globe de l'œil, et que le muscle a été divisé dans son milieu, l'œil se place en ligne directe, dans le cas même où toute la cornée a été cachée auparavant dans l'angle interne de l'œil.

Beaucoup de médecins indigènes et étrangers ont pu voir quelques centaines d'individus qui ont été guéris par moi : il était souvent impossible de distinguer l'œil qui avait louché de l'autre œil.

Chez quelques-uns qui, après l'opération, louchaient encore à un degré léger, la position de l'œil devint parfaitement normale lorsqu'on banda l'œil bien portant et qu'on dirigea le globe de l'œil fortement en dehors, la nouvelle substance intermédiaire s'étant alors déjà étendue.

J'ai répété l'opération sur d'autres individus, opérés antérieurement, chez lesquels je n'avais pas espéré voir apparaître ces heureux effets secondaires de l'opération. J'ai trouvé, déjà quatorze jours après la première section du muscle, une réunion très-intime de celui-ci avec le globe de l'œil. Sauf un léger épaississement et une plus grande fermeté à cet endroit, il

n'existait aucun autre signe d'une opération antérieure.

L'œil peut être dévié en dedans, immédiatement après l'opération, par le muscle oblique supérieur; et, plus tard aussi, par le muscle divisé et réuni de nouveau avec le globe de l'œil.

Chez plusieurs individus, dont le muscle avait été coupé plus profondément dans l'orbite, l'œil se dirigea plus en dehors quelques semaines après l'opération, de sorte qu'il apparût un véritable strabisme en dehors : si la déviation dans ce sens n'est que légère, on cautérise superficiellement à diverses reprises la conjonctive dans l'angle interne (au moyen de la pierre infernale). Cela suffit pour amener un raccourcissement de la conjonctive et pour faire reprendre à l'œil le milieu de l'orbite.

Si le strabisme en dehors est plus prononcé, je coupe le muscle droit externe. Par suite l'œil reprend sa direction normale, surtout dans le cas où j'enlève un pli de la conjonctive d'un des angles de l'œil, la cicatrisation agissant alors d'une manière attractive sur le globe de l'œil.

Si l'œil malgré la section du muscle extérieur conserve sa direction en dehors, j'attache après avoir divisé le muscle droit externe, un fil de la finesse d'un duvet autour du tendon du muscle et j'entraîne avec lui l'œil très-fortement en dedans. Le bout de fil, bien tendu, est conduit au-dessus et en travers du dos du nez, il est ensuite fixé à un morceau d'emplâtre agglutinatif et collé au côté opposé du nez. Le succès a ordinairement surpassé mes espérances.

Ces réflexions concernant l'opération du strabisme seront peut-être lues avec utilité de la part des médecins qui n'ont pas l'occasion d'opérer beaucoup d'individus louchants. J'émets le vœu que la belle idée de M. Stromeyer soit accueillie comme elle le mérite. R.....N.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Le numéro du mois de juin contient les articles suivants : De la cure radicale de la hernie inguinale réductible ; par M. le docteur Sotteau. — Mémoire sur différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie ; par M. le docteur Décondé. — Recherches sur l'état des conjonctives palpébrales après la guérison de leurs granulations par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, et remarques incidentes sur le traitement de l'ophthalmie gonorrhoïque ; par M. le docteur Gouzée.

—

De la cure radicale de la hernie inguinale réductible ; par M. le docteur Sotteau.

Un instrument pour la cure radicale des hernies inguinales réductibles a été imaginé depuis peu par M. Wutzer, professeur de chirurgie de l'Université de Bonn. Nous devons au zèle de M. le Dr Sotteau quelques perfectionnements apportés à ce nouvel instrument, dont l'emploi, une fois devenu bien familier, pourra, dit-il, rendre la hernie aussi rare qu'elle est fréquente aujourd'hui, et arracher à la mort une foule d'individus qui succombent à la suite de cette fâcheuse affection.

La Société de médecine de Gand, voulant donner au mémoire de M. Sotteau toute la publicité qu'il mérite, a décidé qu'il serait imprimé à un nombre considérable d'exemplaires. Nous croyons seconder cette intention aussi louable qu'utile, en donnant ici un extrait étendu de ce travail intéressant.

Sans s'arrêter à l'énumération des différents procédés qui ont été préconisés pour la cure radicale des ruptures, M. Sotteau décrit d'abord l'*invaginateur herniaire* ou *celekleïzon* (1).

« Il a pour but, dit-il, de maintenir dans le canal inguinal et d'y faire adhérer un bouchon de peau qu'on a introduit au moyen du doigt. Ce bouchon de peau, en oblitérant partiellement ce canal, met un obstacle physique à la sortie des intestins par cette voie. L'instrument ressemble à l'entérotome de Dupuytren quant à son principe et à ses effets immédiats; il est composé de deux tiges en bois d'ébène réunies entre elles à une

(1) C'est le nom que M. Wutzer a donné à son instrument.

de leurs extrémités au moyen d'une charnière, qui permet de les écarter ou de les rapprocher comme les branches d'un compas. Une des deux tiges est un cylindre de la grosseur du doigt indicateur, long de quatre pouces environ. Une vis, longue d'un pouce, est adaptée perpendiculairement à ce cylindre, à un pouce environ de son extrémité postérieure, et passe à travers un trou pratiqué dans la tige opposée. L'écrou, dont est munie cette vis, permet à l'opérateur de rapprocher et de serrer les deux tiges l'une contre l'autre plus ou moins fortement, suivant le besoin. Le cylindre est percé à son centre, dans toute sa longueur, par un canal étroit qui s'ouvre latéralement à deux ou trois lignes de son extrémité. Ce canal sert de conduit à une aiguille flexible en acier, assez longue pour sortir par son ouverture latérale et faire saillie d'un pouce et demi à deux pouces environ. Cette aiguille est vissée sur un manche en bois que l'on enlève après avoir placé l'instrument, afin de le rendre moins incommode. La partie de l'instrument creusée en forme de gouttière, que M. Wutzer appelle aussi le couvercle, est percée d'une ouverture assez large pour donner libre passage à l'aiguille et à la vis. A l'extrémité postérieure du cylindre se trouve une petite lame en métal, formant avec lui un angle plus ou moins aigu, large de quatre à cinq lignes et longue de dix lignes; elle est divisée dans presque toute sa hauteur par une échancrure large d'une ligne. Cette petite lame tient à la virole dont est muni le cylindre à cette extrémité, au moyen d'une charnière qui lui permet d'être portée en avant ou en arrière suivant l'exigence. Le couvercle présente à l'extrémité qui s'unit au cylindre un écrou destiné à recevoir une vis à tête, qui en s'engageant dans l'échancrure de la charnière dont il vient d'être parlé, et étant fortement serrée, fixe définitivement cette partie de l'instrument en lui permettant toutefois des mouvements d'écartement et de rapprochement. »

Telle est la description du *celekleïzon* donnée par M. Sotteau.

Quant au manuel opératoire, M. Wutzer ne l'ayant pas fait connaître lui-même, M. Sotteau a dû puiser dans la thèse d'un élève de l'Université de Bonn les principales données qui l'ont guidé dans ses premiers essais. Toutefois, il fait observer

qu'elles sont assez vagues, et que si l'on n'avait pas d'autre guide, on serait exposé à commettre des méprises. En voici du reste la substance.

Pour appliquer l'invaginateur herniaire, il faut : 1° réduire la hernie par le taxis et invaginer la peau du scrotum dans l'anneau au moyen du doigt indicateur; 2° remplacer le doigt dans le canal par le cylindre et traverser les téguments au moyen de l'aiguille, qu'on fait passer par le canal creusé au centre du cylindre; 3° enfin, adapter le couvercle, le fixer en place et le serrer contre les téguments au moyen d'une vis de pression.

L'expérience que M. Sotteau a acquise en opérant successivement dix individus atteints de hernie inguinale, le met à même d'ajouter ce qui manque aux règles qui viennent d'être relatées. Nous allons le laisser décrire lui-même le procédé ainsi que les perfectionnements qu'il y a apportés.

« L'invagination s'opère en dirigeant, au moyen du doigt indicateur de la main gauche, dans le canal inguinal (en suivant la direction du cordon spermatique et au-devant de lui), la partie de la peau du scrotum placée au-dessous de l'ouverture herniaire. En substituant le cylindre au doigt dans l'anneau, il faut bien s'assurer si l'instrument y est réellement introduit, parce que l'opération serait manquée si le bouchon de peau n'était pas porté jusque dans le canal inguinal. Quand on a des doutes à cet égard, il faut retirer doucement le cylindre en l'appuyant assez fortement sur la paroi antérieure du canal; s'il y est engagé, l'on ressent à sa sortie, au moment où il s'en échappe, une secousse dépendant du frottement de son extrémité contre la marge de l'anneau; en continuant après cette secousse à l'appuyer comme pour soulever la peau, la saillie qu'il détermine est plus forte que quand il était dans l'anneau. C'est en recommençant cette manœuvre à plusieurs reprises et en comparant l'instrument dans ces deux états, que l'on parvient à s'assurer s'il est bien dans la position requise. Lorsque l'anneau est très-large, ce manuel est inutile, mais lorsqu'il est peu dilaté, le doute dans lequel on se trouve réclame qu'on en fasse usage pour avoir la certitude que l'on agit à coup sûr.

» L'application du couvercle est un temps de l'opération fort

important par ses résultats; il mérite une attention particulière pour être exécuté convenablement. Voici ce que j'ai appris par expérience à ce sujet. En décrivant le *celekleïzon*, j'ai dit que le cylindre porte à son extrémité postérieure une petite lame en métal divisée dans sa hauteur par une échancrure qui lui est jointe au moyen d'une charnière, et que le couvercle est muni à son extrémité correspondante d'un écrou destiné à recevoir une vis à tête. Quand on engage cette vis dans son écrou, qu'on la serre fortement après l'avoir introduite dans l'échancrure de la lame du cylindre, on a joint fixement ces deux parties de l'instrument. Cette disposition permet d'éloigner plus ou moins leur point de jonction de ce côté et de limiter à volonté l'étendue de la compression de cette e pèce de pince. En faisant agir ensuite la vis de pression latérale, les deux tiges se rencontrent à leur extrémité antérieure et laissent dans leur intervalle un vide anguleux dont la base est la charnière. On voit donc par ce que je viens de dire que l'instrument étant convenablement appliqué, exerce simplement son action compressive vers l'endroit où l'aiguille traverse les téguments. Ainsi, en posant le couvercle, il faut avoir en vue de pincer aussi peu que possible les téguments qui sont en deçà de l'anneau, et en le fixant sur la lame du cylindre, l'écarter en raison de leur épaisseur.

Quant à la pression qu'il convient d'exercer au moyen de la vis latérale, elle doit être légère d'abord; on l'augmente ensuite dans le cours du traitement si l'instrument semble se relâcher. Elle est suffisante dans les premiers jours, lorsqu'on peut desserrer l'écrou en faisant un léger effort pour le dévisser. La partie des tissus comprise entre les mors de l'instrument venant à se gonfler au bout de quelque temps, l'on courrait risque de les faire tomber en gangrène, comme cela m'est arrivé une fois, si l'on avait négligé d'abord de tenir compte de cette circonstance. D'ailleurs, l'inflammation nécessaire à l'adhérence de la peau dans le canal inguinal est plutôt produite par l'aiguille qui traverse les tissus que par la pince. L'usage de celle-ci est donc de tenir les parties assez rapprochées pour que leur union puisse s'opérer. On voit quelquefois le gonflement diminuer et les tissus s'affaisser sur l'instrument; c'est le cas alors d'en rapprocher les

branches au moyen de la vis de pression, mais toujours avec beaucoup de ménagement.

L'aiguille, comme nous l'avons dit, doit être enfoncée à travers les tissus après que le cylindre est convenablement placé. M. Wutzer s'est proposé un double but en ajoutant cette aiguille à la pince, celui d'empêcher l'instrument de glisser et ensuite celui de le fixer exactement à l'endroit même où il doit agir : cet effet est immédiat et incontestable. Mais l'aiguille en produit un autre, comme je viens de le dire, qui me paraît au moins aussi essentiel que le premier : elle détermine dans les plis de la peau qu'elle traverse une inflammation très-forte, quoique peu étendue, mais suffisante pour déterminer leur adhésion lorsqu'ils sont suffisamment rapprochés par la pression de l'instrument. Une eschare formant un cercle de trois à quatre lignes de diamètre, se remarque ordinairement à l'endroit qu'occupait l'aiguille durant l'opération.

En poussant l'aiguille à travers le canal dont est creusé le cylindre, la pointe frotte contre ses parois et s'émousse; quelquefois elle s'implante dans le bois et ce n'est qu'avec peine qu'on la dégage et qu'on parvient à lui faire parcourir le reste de son trajet. Cet inconvénient est fâcheux, surtout s'il arrive au moment même où l'on opère. J'évite l'un et l'autre en faisant saillir l'aiguille avant l'opération. Je l'aiguise si elle est émoussée, et je la retire dans le cylindre avant d'introduire celui-ci dans l'anneau, en ayant soin toutefois de ne la faire rentrer que juste ce qu'il faut pour éviter d'égratigner la peau pendant cette manœuvre.

L'instrument doit être laissé en place pendant cinq ou six jours; ce temps m'a constamment suffi pour obtenir les adhérences nécessaires. On l'enlève en retirant d'abord le couvercle, ensuite les aiguilles et enfin le cylindre : celui-ci colle quelquefois plus ou moins à la peau invaginée et son extraction est assez douloureuse; on évite en partie ce désagrément au malade, en enduisant le cylindre d'axonge avant l'opération. En le retirant, je lui imprime un mouvement de rotation, afin de ne pas détruire les adhérences qui ne sont pas encore assez solides pour sup-

porter la traction qu'il pourrait occasionner s'il était retiré directement.

Le cylindre est remplacé dans les premiers pansements par quelques boulettes de charpie ; la peau invaginée est ordinairement excoriée, quelquefois même ulcérée ; il en résulte que les parois de ce canal artificiel contractent des adhérences ensemble et qu'il s'oblitère entièrement.

» Le pansement consiste dans les premiers jours à appliquer sur l'eschare un plumasseau de charpie enduit d'un topique excitant que l'on maintient au moyen d'un spica : je fais en outre porter au malade un brayer lorsqu'il se lève, afin de soutenir les adhérences encore faibles de la peau invaginée dans l'anneau. Il continue l'usage de ce brayer pendant deux ou trois mois.

» Tel est le procédé de M. Wutzer ; lorsque l'anneau n'était pas trop dilaté, il m'a quelquefois parfaitement réussi ; il n'en a pas été de même lorsque cette ouverture se trouvait dans des dispositions tout à fait opposées, c'est-à-dire lorsqu'elle était très-large ; j'ai vu la hernie reparaître malgré que la peau invaginée fut bien restée en place. On conçoit facilement que cet insuccès a dû dépendre de ce que le bouchon de peau introduit dans le canal n'était pas assez gros pour l'oblitérer au point d'empêcher les intestins de glisser derrière lui. Il était donc essentiel, pour le rendre d'une application générale, de lui faire subir quelques modifications pour les cas de forte dilatation de l'anneau. Voici celles que j'ai imaginées d'abord et qui m'ont paru réunir le plus de simplicité et d'avantages.

» J'ai fait ajouter à l'instrument de M. Wutzer une lame en métal, en forme de gouttière, pouvant s'adapter facilement sur le cylindre, ayant à peu près sa longueur et large de la moitié de sa circonférence. Cette lame présente à son extrémité qui répond à l'ouverture latérale du cylindre, une espèce de mortaise dans laquelle passe l'aiguille lorsqu'on la fait saillir. A l'extrémité opposée est pratiquée une échancrure dans laquelle s'engage la vis de pression ; elle est disposée de manière à permettre de retirer cette petite gouttière d'avant en arrière sans que la vis y mette obstacle. Lorsqu'il s'agit d'opérer avec l'instrument ainsi modifié, je comprends entre l'extrémité antérieure du cy-

lindre et la petite gouttière que je lui surajoute, un pli de peau du scrotum, large d'un pouce environ. Je maintiens ce pli dans cette position en serrant assez fortement ces deux pièces de l'instrument l'une contre l'autre au moyen du pouce et de l'indicateur de la main droite. Je glisse ensuite dans l'anneau l'indicateur de l'autre main, que je fais suivre, à mesure qu'il y pénètre, du cylindre, toujours disposé comme je viens de le dire. Arrivé dans le canal, je fais saillir l'aiguille à travers tous les replis des téguments, je retire la petite gouttière et termine l'opération comme dans le procédé précédemment décrit. J'ai cru nécessaire seulement de serrer la vis de pression un peu plus fortement que dans les cas ordinaires et de laisser l'instrument en place pendant six jours au lieu de cinq. Je crois aussi que la cure sera plus assurée en faisant oblitérer promptement le nouveau canal, par le cautérisation faite soit avec le nitrate d'argent, soit au moyen de la liqueur d'ammoniaque caustique. »

L'insuffisance du procédé de Wutzer pour obtenir la cure radicale des hernies dans le cas où l'anneau inguinal est trop large : la nécessité de recourir, dans cette circonstance, à une seconde opération sans pouvoir garantir encore qu'il ne surviendra pas de récidive : les inconvénients de la présence de l'instrument dans l'anneau ; l'impossibilité physique d'employer la modification introduite par M. Sotteau, chez les individus dont le scrotum est peu développé, l'ont porté à faire de nouvelles recherches sur les moyens à opposer à la sortie des hernies inguinales : le procédé suivant est celui qui lui a le mieux réussi.

« Quand on agit d'après le procédé de M. Wutzer, c'est à la paroi antérieure du canal inguinal que l'on détermine le point d'adhérence de la peau qui a été invaginée : or, nous avons démontré que ce bouchon n'était pas toujours assez épais pour empêcher la réproduction de la hernie. Il est donc nécessaire, pour réussir, de lui opposer des obstacles plus grands encore que ceux que l'on peut créer au moyen de l'invaginateur. J'y parviens en serrant les parois du canal inguinal l'une contre l'autre assez fortement pour déterminer dans ces parois une inflammation qui les fasse adhérer entre elles par l'intermédiaire de la peau qu'on a d'abord introduite dans ce conduit. A cet

effet, j'enfonce à la hauteur du canal une aiguille courbe qui, convenablement dirigée, traverse les téguments et les parois interne et externe de ce conduit, et vient ressortir à une distance donnée de l'endroit où elle a pénétré; la pointe et le talon de cette aiguille font alors saillie à la surface de la peau. Un morceau de bois de la grosseur du petit doigt, long d'un pouce environ, percé à son milieu d'un petit trou, est porté sur l'aiguille jusque contre la peau; il est retenu en place par une petite cheville qu'on engage dans une ouverture qu'elle présente vers sa pointe. Un second morceau de bois, semblable au premier, est porté de la même manière contre la peau du côté opposé. Au moyen d'un écrou monté sur un pas de vis dont est munie l'extrémité du talon de l'aiguille, les deux morceaux de bois sont rapprochés l'un de l'autre et la portion de peau comprise entre eux peut être plus ou moins pincée. Pour ne pas faire parcourir à l'écrou un trop long trajet, on interpose entre lui et le morceau de bois quelques petites boules en bois percées d'un trou à leur centre. Par cette précaution on évite aussi de donner beaucoup de longueur au pas de vis, qui en s'étendant trop loin sur l'aiguille devrait quelquefois pénétrer jusque dans les téguments, ce qui serait très-douloureux.

» On prévoit d'abord toute la difficulté et tout le danger qu'il y aurait à passer une aiguille à travers l'anneau en perçant les téguments de dehors en dedans, s'il n'existait aucun moyen de la diriger sûrement. J'ai imaginé un instrument qui remplit parfaitement ce but. Il est composé d'un cylindre en bois d'ébène, semblable à celui de l'instrument de M. Wutzer. Il porte à son extrémité antérieure une mortaise et à son extrémité postérieure une tige en fer, qui s'élève d'abord perpendiculairement et se recourbe ensuite horizontalement de manière à venir se terminer au niveau de l'extrémité antérieure du cylindre. Une seconde tige droite en acier, espèce de levier du troisième genre, est fixée à l'extrémité de la tige au moyen d'une vis qui lui permet des mouvements latéraux : au bout de ce levier se trouve une petite ouverture triangulaire destinée à recevoir le talon de l'aiguille qui y est solidement fixée au moyen d'une petite vis de pression. Nous avons dit que l'aiguille était courbe : elle repré-

sente exactement le segment d'un cercle dont le levier serait le rayon.

Pour faire usage de cet instrument, on invagine la peau du scrotum et on introduit le cylindre dans l'anneau, comme pour le procédé de M. Wutzer. Arrivé dans le canal inguinal, on le soulève afin de tendre la peau ; pour rendre cet effet plus complet, un aide pose les doigts aux environs de l'endroit où doit pénétrer l'aiguille. Le levier armé de l'aiguille qui a été écartée du cylindre au moment où on l'a introduit dans l'anneau, est alors abaissé vers la peau. L'endroit que vient frapper la pointe de l'aiguille est celui où elle doit être enfoncée : on la saisit entre le pouce et l'indicateur de la main qui opère et on lui imprime un mouvement dans le sens de sa courbure. Lorsqu'elle est arrivée dans la mortaise du cylindre, l'aide s'applique à tendre sur lui la peau vers le point où elle doit sortir, et dès qu'elle déborde la surface d'un demi-pouce environ, on démonte l'aiguille en desserrant la vis qui la retient ; on retire le cylindre et on pince, par le procédé indiqué plus haut, la partie de la peau comprise entre les extrémités de l'aiguille, de manière à mettre les parois interne et externe du canal en contact avec la peau du scrotum qu'on y a invaginée. On serre d'abord modérément, et les jours suivants on augmente la pression de manière à déterminer une inflammation qui produise l'adhésion des parties mises en contact.

Il est très-probable toutefois que les surfaces de la peau invaginée du scrotum, recouvertes de leur épiderme, ne contracteraient point d'adhérences entre elles malgré la pression extérieure, quelque forte qu'elle pût être, si l'on n'employait un moyen quelconque pour favoriser ce phénomène. Voici celui qui m'a paru le plus sûr : au moment d'opérer, j'enduis l'extrémité du cylindre de pommade ammoniacale de Gondret, que je fais apprêter au lit du malade afin que ses effets soient plus sûrs ; quand ce topique est bien préparé, il agit instantanément ; les surfaces de la peau étant ainsi dépouillées de leur épiderme dans les endroits où elles sont dans un contact parfait, ne peuvent manquer de contracter des adhérences entre elles.

A l'appui de ces considérations, M. Sotteau cite plusieurs ob-

servations de hernies inguinales traitées par le procédé qui vient d'être décrit, et radicalement guéries.

Voulant éviter la multiplicité des instruments dans la cure de ces sortes de ruptures, et pour la rendre assurée dans toutes les circonstances, M. Sotteau a fait à son instrument une nouvelle modification qui permet d'en faire une application générale.

Au lieu d'une mortaise, le cylindre dont il se sert présente à deux ou trois lignes de son extrémité un trou qui donne également passage à l'aiguille. Le cylindre disposé de cette manière, doit être laissé dans l'anneau après avoir été traversé par l'aiguille; on le sépare du reste de l'instrument en enlevant une petite cheville qui le fixe dans la virole. La compression ici s'exerce comme dans les cas précédents, mais elle se fait sur le cylindre. On voit que de cette manière elle s'opère à la fois sur deux endroits opposés et procure ainsi deux points d'adhérence au lieu d'un.

Cette dernière modification n'exclut pas l'introduction d'un double pli de peau dans l'anneau. Pour atteindre commodément ce but, ajoute M. Sotteau, j'ai fait du cylindre invaginateur une espèce de pince dont les mors s'écartent horizontalement et sont commandés par une vis qui les éloigne ou les rapproche à volonté. Le pli de peau que l'on veut porter dans l'anneau étant posé entre les branches de la pince, y est solidement fixé par la vis de pression. Après son introduction dans le canal inguinal, et lorsque les tissus ont été perforés au moyen de l'aiguille qui passe à travers les trous pratiqués à l'extrémité des mors, on desserre la vis afin d'éviter la gangrène de la peau qu'ils compriment. Cette disposition du cylindre tendant par l'écartement de ses branches à exercer une pression de dedans en dehors, il est nécessaire d'en tenir compte, afin de ne pas trop comprimer entre elles et les chevilles posées à l'extérieur, les tissus interposés qui, sans cette précaution, pourraient également être frappés de gangrène.

Telles sont les recherches que M. Sotteau a faites sur la cure des hernies inguinales réductibles.

C'est à l'expérience, à décider de la valeur du nouveau procédé qu'il indique. L'auteur annonce qu'il est occupé à en faire

l'application aux hernies ombilicales et crurales, et qu'il fera connaître incessamment le résultat de ses recherches.

Mémoire sur les différentes questions qui se rattachent à l'ophthalmie ; par M. le docteur DECONDÉ.

Dans ce mémoire l'auteur traite surtout des granulations palpébrales.

Il lui paraît irrécusable que dans chaque cautérisation forte et profonde il y a destruction du tissu par le caustique et que dans la cautérisation superficielle, cette destruction n'a pas lieu, mais qu'elle détermine seulement une substitution de tissu.

Admettant comme prouvé que la cautérisation profondément pratiquée remplace la conjonctive primitive par un tissu de nouvelle formation, différant physiquement de la première, M. Decondé croit que l'ophthalmie militaire, granuleuse et purulente, sera désormais dans l'impossibilité de s'y développer après cette opération. A l'appui de son assertion il cite la relation de quatre expériences instituées sur des chiens et dans lesquelles l'inoculation de la matière blennorrhagique est restée sans effets sur le tissu bleuâtre, nacré, qui avait remplacé la conjonctive primitive détruite par des cautérisations suffisantes.

L'auteur met ensuite en regard les deux méthodes de traiter les granulations, l'excision et la cautérisation et donne exclusivement la préférence à cette dernière.

M. Décondé traite ensuite de la nature des granulations et des différentes opinions que les auteurs ont émises à cet égard. Plus loin, il passe à la description du développement d'une autre espèce de granulations qu'il appelle *charnues*, puis il refute les diverses opinions accréditées sur la nature des granulations.

Partant de ce principe : 1° que par les cautérisations l'on rend désormais l'ophthalmie granuleuse impossible; 2° que le globe oculaire de l'homme ne présente jamais de granulations, mais que celles-ci bornent exclusivement leur siége aux paupières même ; 3° que par les injections irritantes avec le nitrate d'argent à doses élevées dans le canal de l'urètre des gonorrhéiques, l'on

change la nature de cette affection; l'auteur propose comme le meilleur traitement à instituer dans l'ophthalmie des armées, la méthode ectrotique d'après le procédé de M. Kerst d'Utrecht, modifié de la manière suivante : il conseille de ne toucher que la conjonctive palpébrale seule jusqu'au fond du repli, et de laisser intacte la conjonctive oculaire.

Recherches sur l'état des conjonctives palpébrales après la guérison de leurs granulations par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, et remarques incidentes sur le traitement de l'ophthalmie gonorrhoïque; par M. le docteur **GOUZÉE.**

On sait, dit l'auteur, qu'après la guérison radicale des granulations ou des boursouflements muqueux des paupières, obtenue par l'application bien faite et souvent répétée du nitrate d'argent fondu, la face postérieure de ces voiles mobiles se présente sous la forme d'une membrane lisse, fine, d'un blanc nacré, parfaitement régulière, si ce n'est qu'elle semble quelquefois un peu raccourcie. Cette membrane est-elle la conjonctive elle-même, respectée et modifiée seulement par le caustique, ou est-ce une membrane de nouvelle formation, la première ayant été détruite sous l'action de l'agent escharrotique? Telle est la question que M. Gouzée se propose d'éclaircir dans son mémoire.

L'auteur qui se prononce en faveur de la deuxième opinion, cite, pour la justifier, le fait d'une ophthalmie gonorrhoïque chez un homme qui avait été guéri des granulations palpébrales par la cautérisation, dont voici l'histoire abrégée : *commémoratifs.* Heuxermans, tambour au troisième de ligne, tempérament lymphatique. — Deux ans avant l'invasion de la maladie actuelle, ophthalmie avec granulations; guérison, après de nombreuses cautérisations par le nitrate d'argent. Gonorrhée légère depuis trois mois. — A son entrée à l'hôpital d'Anvers, ophthalmie de forme assez bénigne, dont les principaux caractères sont : écoulement sero-purulent, rougeur sans chemosis à la conjonctive scléroticale, un peu de gonflement et de douleur à la paupière supérieure, immunité de la paupière inférieure. Traitement : deux

saignées de quatorze onces chacun des deux premiers jours; deux applications de seize sangsues à la tempe le troisième; calomel à l'intérieur; nombreux pédiluves sinapisés; soins accessoires. Malgré ce traitement actif, la cornée présente déjà le quatrième jour les signes d'un ramollissement irrémédiable. — Toutes les précautions d'usage sont prises pour garantir l'œil droit contre l'envahissement du mal : elles n'empêchèrent pas cet organe de s'affecter le cinquième jour. Traitement antiphlogistique et révulsif les deux premiers jours; ulcère de la moitié de la cornée le troisième; — plus tard, on découvre de fortes granulations rouges et aplaties sur la face postérieure de la paupière supérieure recouvrant toute l'étendue du fibro-cartilage; immunité de la paupière inférieure; cautérisation; guérison.

Avant de déduire de ce fait les conséquences qu'il est possible d'en tirer, M. Gouzée fait remarquer l'inefficacité dans cette circonstance, du traitement antiphlogistique le plus actif : il se demande si les évacuations sanguines, quelle que soit la formule qui préside à leur emploi, constituent le véritable moyen de traitement de la maladie dont il s'agit ici, et répond par la négative à cette question. Elles peuvent paraître indiquées, dit-il, par des circonstances accessoires, par la violence des accidents que l'on regarde généralement comme inflammatoires, mais il lui semble évident qu'il existe dans l'ophthalmie blennorrhagique un travail désorganisateur dont la nature intime nous échappe, contre lequel le traitement antiphlogistique le plus énergique n'a pas de prise et qui appelle l'usage d'un modificateur capable d'en arrêter promptement les progrès, sans cela toujours si rapides.

Passant, ensuite, à l'étude de l'action de la pierre infernale, l'auteur cherche à apprécier la valeur de la méthode de Sanson qui, comme on le sait, consiste dans l'usage simultané de l'excision et de la cautérisation, et se prononce en sa faveur : il pense que, sauf quelques cas, il faut se hâter d'exciser le chémosis et que l'on peut tenter de passer immédiatement après, le crayon de nitrate d'argent sur toute l'étendue des conjonctives tuméfiées des paupières inférieures; mais il importe beaucoup, ajoute-t-il, que les boursouflements muqueux des paupières supérieures,

qu'il regarde comme ayant une grande influence sur la gravité et les dangers de la maladie, n'échappent pas à l'action de ce sel.

Revenant au principal objet de son travail, l'auteur entre dans des considérations très-étendues sur l'un des phénomènes les plus constants qui signalent l'existence de l'ophthalmie gonorrhoïque (le boursouflement des muqueuses palpébrales) et sur son absence à la paupière inférieure chez les malades qui ont été cautérisés, et spécialement chez l'individu dont il est parlé plus haut. Il termine en concluant que la cautérisation détruit la conjonctive palpébrale, et que cette surface est constituée par une membrane nouvelle, isolée, jusqu'à un certain point, par ses vaisseaux de la conjonctive scléroticale.

ANNALES D'OCULISTIQUE PUBLIÉES PAR M. CUNIER.

Note sur les kystes pileux des paupières ; par M. FLORENT CUNIER.

M. Lawrence a appelé l'attention, en 1837 (1), sur les kystes pileux des paupières. « Ces tumeurs, dit-il, ne sont pas rares » chez les enfants : elles sont généralement congéniales; leur » volume reste quelquefois stationnaire et ne cause d'autre in- » commodité qu'une légère difformité. Je connais un gentleman » qui porte depuis sa naissance une grosseur de ce genre à » l'angle externe des paupières sans augmenter aucunement de » volume ni causer de douleur. La graisse que ces kystes con- » tiennent est quelquefois liquide comme de l'huile, d'autres » fois elle est épaisse. J'ai constamment trouvé des poils en » quantité variable dans leur intérieur; ces poils ont beaucoup » de ressemblance avec ceux du sourcil. L'endroit de la nais- » sance de ces kystes est au-dessous du muscle orbiculaire et ils » adhèrent plus ou moins à l'os frontal. »

J'ai eu occasion d'enlever deux tumeurs de cette nature, chez un malade, le nommé Delkel, soldat à la 1re compagnie du 1er bataillon du 6e de ligne, elle était située à la paupière supérieure, entre la conjonctive et le tarse, et mobile; après avoir

(1) The London medical gazette, décembre 1837.

incisé la conjonctive dans toute son épaisseur, le kyste a été trouvé fixé dans le cartilage tarse; il était mince, blanc, rugueux, du volume d'un haricot nain; son intérieur était tapissé par des poils roux, disposés parallèlement et enveloppant une matière graisseuse, qui avait beaucoup de ressemblance avec le beurre d'hiver. Chez le second, le nommé Nauts, du 3e chasseurs à pied, le kyste occupait la paupière inférieure, et naissait également du cartilage tarse; je dus inciser la peau et le muscle orbiculaire pour l'enlever; il contenait une matière huileuse, noirâtre, entremêlée de quelques poils roux.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 6 juillet 1840.

Présidence de M. Meisser.
Secrétaire : M. Marinus.

Ouvrages présentés.

1° Documents statistiques sur le royaume de Belgique, recueillies et publiés par le ministre de l'intérieur (5e publication officielle). 1 vol. in-4° de 508 pages, Bruxelles, imprimerie de Vandooren frères, 1840.

2° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles, séance de juin 1840 (n° 6).

3° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (mois de mai 1840.)

4° Annales de la Société de médecine d'Anvers (année 1840, 5e, 6e et 7e livraisons).

5° Annales de la Société des sciences naturelles de Bruges (3e livraison 1840).

6° Nederlandsch-Lancet (2e jaargang, nos 11 et 12).

7° Archives de la médecine belge (avril et mai 1840).

8° Giornale delle scienze mediche compilato da varii membri della Facoltà medico-chirurgica di Torino (janvier, février, mars et avril 1840).

9° Lectures on the morbid anatomy of the serous and mucous membranes, by THOMAS HODGKIN, M. D. (1er volume, Londres, 1836).

10° Proeve over den staat der geneeskundige wetenschappen in Franckrijk, door H. A. SCHREUDER (1 vol. in-8°, Rotterdam, 1839).

11° Mémoire sur l'opération du strabisme spasmodique, par C. CROMMELINCK, docteur en médecine, etc., à Bruges (in-8° de 22 pages, avec planche, Bruges, 1840).

12° Sulla cistotomia et lithotrizia considerazione del dottor ANTONIO LONCHI da Milano (in-8° de 31 pages, Pavie, 1839).

13° Verzeichniss und kurze beschreibung einiger seit 1833 für das anatomische Museum zu Münster erworbenen pathologischen gegenstænden, von Dr C. TH. TOURTUAL (in-4°).

14° Journal de médecine et de chirurgie pratiques, par LUCAS CHAMPIONIÈRE (nos 1, 2, 3, 4, 5 et 6, année 1840).

15° Gazette des médecins praticiens (nos 30 et 31).

16° Recherches sur la flore cryptogamique des Flandres; par J. KICKX, membre correspondant à Gand (in-4°).

Travaux manuscrits.

17° Observation de pleurésie aiguë du côté gauche; épanchement; par M. LEQUIME. (Commissaires : MM. V. Uytterhoeven, Van Roosbroeck, et Meisser, rapporteur).

18° Sur la cure des hernies inguinales réductibles, et sur la réduction des hernies crurales; par M. SEUTIN. (Commissaires : MM. André Uytterhoeven, Mouremans et Langlet, rapporteur).

19° Coup d'œil sur l'hygrométrie thermo-hygrométrique et ses usages; par M. NOLLET. (Commissaires : MM. Mouremans, Meisser, et Leroy, rapporteur).

20° Recherches sur la nature d'un acide qui se forme pendant la maturité des fruits des espèces du genre *Corylus*, acide qui réside principalement dans la capsule; par M. LEROY. (Commissaires : MM. Meisser, Gluge, et Nollet, rapporteur).

Rapports.

25° M. LEROY lit un rapport sur un mémoire intitulé : De la fermentation et de la distillation des céréales en Ukraine et en Pologne; par M. KOPZYNSKY. »

Les commissaires concluent au dépôt du mémoire dans les Archives de la Société et des remercîments à l'auteur. — La Société adopte ces conclusions et vote l'impression du rapport dans ses annales.

—

CRÉATION D'UN DISPENSAIRE OPHTHALMIQUE A BRUXELLES.

Un dispensaire ophthalmique vient d'être ouvert à Bruxelles, Montagne de la Cour, rue des Trois-Têtes, dans le local des bains Léopold. Une consultation gratuite y est tenue tous les jours de midi à deux heures, pour les indigents affectés de maux d'yeux; les médicaments sont délivrés gratuitement dans le dispensaire même. Les frais de cette institution sont couverts par les dons de personnes charitables. Voici la composition du personnel médical de cet établissement :

Chirurgien oculiste : M. Florent Cunier, ex-médecin militaire, rédacteur en chef de l'*Encyclographie des sciences médicales* et des *Annales d'Oculistique*, membre des Académies et Sociétés de médecine d'Anvers, Berlin, Bordeaux, Bruges, Bruxelles, Gand, Lyon, Mons, Montpellier, Paris, etc.

Médecin-adjoint : M. Th. Cutler, ex-médecin militaire, membre de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles et de Bruges, de la Société médicale de Londres, etc.

Médecins consultants : MM. Eugène Feigneaux, ex-médecin principal de l'armée, membre de la commission médicale du Brabant, et du conseil central de salubrité publique, correspondant de plusieurs Sociétés savantes.— J. Mouremans, ex-médecin militaire, membre du conseil central de salubrité publique, de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, de la Société de médecine de Gand, etc.

Pharmacien : M. Pasquier, professeur à l'Université libre, membre de la commission médicale de Bruxelles, etc.

Chefs de clinique : MM. Breyer, candidat en médecine, et Parkins.

ARCHIVES
DE LA MÉDECINE BELGE.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

—

OBSERVATION

D'UNE FIÈVRE VÉSICULEUSE (OU PEMPHIGOIDE), PRODUITE PAR LA MORSURE D'UN CHIEN NON ENRAGÉ;

Par l docteur RIEKEN, membre résidant.

Le 5 février 1820 un exprès vint me solliciter de me rendre incessamment à B... d..., village éloigné d'une lieu de mon domicile d'alors, pour donner mes soins au nommé M. S., âgé de 12 à 13 ans, fils d'un paysan fortuné, que l'on me dit dangereusement malade par suite de la morsure d'un chien.

Je ne tardai pas à me rendre sur les lieux où je trouvai le malade dans l'état suivant : ses extrémités inférieures ainsi que les supérieures, et une partie de la poitrine, du bas-ventre et du dos, enfin la figure étaient recouverts de vésicules de différentes grandeurs. Les plus grandes vésicules se trouvaient autour de la plaie et surtout dans les environs des malléoles. Leur grandeur variait entre celle d'un pois et celle d'une grosse noix, elles atteignaient la grandeur d'un œuf de poule et même celle d'un œuf d'oie autour de l'articulation tibio-tarsienne. Je n'aperçus pas de vésicule en dessous de la plante des pieds ni à la paume des mains, ni aux parties velues du corps. Les parties intérieures du corps n'étaient pas restées tout à fait étrangères à l'éruption de pareilles vésicules. J'en découvris plusieurs de

la grandeur d'un petit pois à la surface interne de la lèvre inférieure et au palais, ainsi qu'à l'entrée du pharynx.

La base des vésicules qui se trouvaient sur la peau extérieure, était irrégulière et d'une couleur rouge foncé, s'étendant sous la forme d'un halo rouge autour des vésicules, en proportion de leur grandeur dans la circonférence de quelques lignes jusqu'à un quart de pouce. La plupart des places rouges n'étaient couvertes que d'une seule vésicule et seulement quelques-unes d'entr'elles de plusieurs vésicules confluentes.

Des vésicules isolées, quelques-unes étaient rondes, d'autres avaient la forme d'amandes. La forme des plus grandes vésicules était du reste irrégulière. Le halo, se trouvant autour des vésicules, occasionnait une démangeaison pénible et le sentiment d'une très-vive chaleur.

Les vésicules que l'on voyait dans la bouche offraient toutes la clarté du cristal et étaient transparentes; celles qui récouvraient la peau, étaient élastiques, en partie transparentes et ressemblant aux vésicules produites par les vésicatoires, mais encore en partie opaques. Cette opacité avait surtout lieu dans les vésicules apparues les premières et dans les vésicules les plus petites. La différence de la transparence était due à la différence du liquide contenu dans les vésicules. Ce liquide était clair, transparent et jaunâtre dans nombre de vésicules grandes ainsi que dans celles apparues les dernières. D'autres vésicules contenaient un liquide bleuâtre et laiteux, un peu visqueux; d'autres encore, un pus jaunâtre, assez épais. Le liquide était très-âcre, le sentiment de chaleur et de démangeaison ne se bornant pas seulement aux places où se trouvaient les vésicules, mais se communiquant encore aux places qui avaient été pendant un temps assez long en contact avec le liquide qui s'était écoulé des vésicules ouvertes.

La morsure se trouvait au côté externe de la jambe gauche, dans la partie inférieure du mollet, dans une distance d'environ trois pouces et demi au-dessus de la malléole externe. Le diamètre en était de quatre pouces. La plaie était du reste irrégulière et accompagnée de perte de substance. Il en pendait çà et là de petits lambeaux de peau; en d'autres places la peau

manquait tout à fait. On ne savait plus distinguer les marques des dents du chien.

Les bords et le fond de la plaie étaient d'une couleur rougeâtre-pâle (incamadine), tirant sur le bleuâtre; la plaie était recouverte de pus jaunâtre et brunâtre, plus ichoreux que louable, qui ne présentait du reste aucune odeur particulière. Elle occasionnait beaucoup de douleur, d'ardeur et de démangeaison; tout à l'entour la peau était un peu gonflée et érysipélateuse. Il n'y avait pas de tiraillement douloureux dans l'extrémité inférieure. On ne remarquait pas de vésicules immédiatement à côté de la morsure; les plus proches se trouvaient à la distance d'un pouce de la plaie. Toute la jambe gauche était d'ailleurs un peu gonflée, en quelque sorte œdémateuse.

Le malade avait une fièvre très-intense.

La peau était partout sèche et brûlante excepté à la figure, qui était en partie recouverte de sueur. Le nez surtout transpirait beaucoup; l'intérieur des narines était sec, mais je ne pus découvrir des vésicules dans les fosses nasales.

Le pouls était un peu dur, mais aucunement plein; il y avait 110 pulsations par minute; le cœur ne palpitait que légèrement. La voix du malade était un peu enrouée et rauque, ce qui était dû sans doute aux vésicules qui s'étendaient jusqu'au pharynx et au larynx.

Le malade souffrait de temps en temps de quintes d'une toux sèche; il se plaignait également d'un sentiment de chaleur dans le pharynx et d'une douleur sourde dans la partie la plus supérieure du larynx, qui s'augmentait lorsqu'on comprimait légèrement l'endroit occupé par l'os hyoïde. Les amygdales, ainsi que les glandes salivaires ne paraissaient ni gonflées, ni douloureuses ou enflammées.

Le malade n'éprouvait aucune douleur dans les parties inférieures du larynx, de la trachée-artère et de l'œsophage. La respiration n'était qu'imperceptiblement accélérée; il n'y avait pas de symptômes de pneumonie. Le malade se plaignait d'une légère pesanteur de la tête; il conservait du reste son intelligence; les assistants prétendaient cependant qu'il avait déliré de temps en temps pendant les deux dernières nuits, qu'il ne dormait

que très-peu ou pas du tout, et qu'il était toujours fort agité. Le malade lui-même me racontait, qu'il était tourmenté par des idées inquiétantes, et qu'il croyait constamment voir le chien dont il avait été mordu. Les yeux étaient très-légèrement injectés, mais le regard n'en était pas du tout hagard, il était plutôt abattu; la figure était un peu rouge. Le malade n'abhorrait aucunement les liquides, la déglutition n'était pas difficile, mais en avançant il éprouvait une augmentation de la chaleur, qu'il sentait dans la gorge. La langue était humide à sa pointe et à ses bords; le milieu en était sec et d'un brun clair, mais il n'était ni crevassé ni chargé.

Les papilles de la langue n'étaient pas très-développées ; le malade avait beaucoup de soif et pas d'appétit; mais il n'existait pas des symptômes gastriques ou bilieux prononcés. Le bas ventre n'était douloureux nulle part et il n'était pas météorisé, bien que le malade n'eût pas été à la garderobe depuis deux jours. Les urines peu abondantes, étaient d'un rouge foncé, mais elles ne déposaient pas.

Quant à la cause et au développement successif de cette maladie, j'appris par les personnes présentes et surtout par mon ami le curé catholique du village, feu Dr. F., ce qui suit : le jeune M. S. s'était trouvé le 2 février dans la matinée avec le berger du village voisin H., auprès d'un troupeau de moutons. A proximité de ce troupeau, on avait déposé par terre le cadavre d'une bête à corne, morte depuis quelques jours. Le chien du berger s'étant mis à manger de la chair de ce cadavre, déjà entré en putréfaction, et le jeune M. S. s'étant efforcé d'empêcher le chien de continuer son repas extraordinaire, celui-ci le mordit à la jambe, bien que la véhémence de l'attaque fut mitigée par les vêtements du jeune homme, composés d'un pantalon de drap très-épais et de bas de laine. La blessure saigna assez considérablement et on n'appliqua rien pour arrêter l'hémorrhagie, excepté qu'on fit des lotions avec de l'eau froide. La fièvre, débutant par de légers frissons, se manifesta déjà dans la nuit suivante. Elle fut accompagnée de soif, d'une légère oppression, et d'insomnie. Les symptômes fébriles augmentèrent d'intensité le lendemain et il s'y joignit une douleur ardente et une rougeur

très-légère de la peau. Ce ne fut que le soir du deuxième jour qu'apparurent les premières traces de l'exanthème, qui se présenta d'abord aux extrémités supérieures, puis à la poitrine et au dos, dans la bouche et le pharynx. Il ne parut aux extrémités inférieures, qu'en dernier lieu.

Je dois avouer, messieurs, que je fus extrêmement surpris de cette affection morbide. Je me fis d'abord présenter le chien, que j'examinai avec beaucoup de soin. C'était un chien ordinaire de berger, d'une couleur grisâtre muni de dents très-aiguës. Je ne pus découvrir en lui la moindre trace d'une maladie quelconque. Malgré cela je le fis enfermer par précaution, en l'observant pendant 20 jours. Comme il continua à manger et à boire pendant tout ce temps et à se porter parfaitement bien, il fut employé de nouveau à son service après ce laps de temps. J'ai revu ce même chien deux ans plus tard auprès du même troupeau de moutons où il se trouvait lorsqu'il mordit le jeune homme. On ne put plus me présenter le cadavre de l'animal dont avait mangé le chien; on l'avait enterré immédiatement après l'accident survenu au jeune homme. Le berger ignorait complétement le nom du propriétaire auquel avait appartenu la bête à corne, ainsi que la maladie dont celle-ci était morte. Je dois ajouter qu'il ne régnait alors aucune épizootie dans les villages voisins.

Quand au *diagnostic* de la maladie, la forme de l'éruption ainsi que la fièvre dont elle était accompagnée, montraient une fièvre vésiculeuse (ou pemphigus aigu). Le jeune homme ayant été, jusqu'au moment de l'accident, très-bien portant; aucune maladie exanthématique analogue ne régnant dans son domicile ou dans le voisinage de celui-ci; et enfin, l'exanthème ayant éclaté immédiatement après la morsure, il me parut certain, que cet exanthème avait pris son origine de la morsure et de la résorption de la bave du chien, imprégnée sans doute d'une matière putride provenant du cadavre dont le chien avait mangé. Je crus donc devoir poser les indications suivantes :

1° Avoir soin qu'il ne se fasse aucune résorption ultérieure de virus, ni par l'intermédiaire de la morsure, si toutefois elle pouvait encore avoir lieu, ni par celui des vésicules.

2° Détruire le plus complétement possible le virus déjà resorbé.

3° Traiter la fièvre d'après le caractère qu'elle présente.

Pour atteindre le premier but, j'excisai autant que je pus de la surface de la plaie, puis je la scarifiai et la fis saigner copieusement en la lavant avec de l'eau tiède. Cela fait, je la lavai avec une solution très-saturée de potasse et la pansai au moyen d'un mélange composé d'onguent digestif et d'onguent basilicon, auquel j'ajoutai de la poudre de cantharides et de précipité rouge. J'ouvris enfin autant que je pus toutes les vésicules pour en faire sortir le liquide qu'elles contenaient ; en ayant soin de ne faire que de très-petites incisions et d'épargner l'enveloppe des vésicules, pour empêcher l'accès nuisible de l'air à la surface du derme. Je finis par fomenter les vésicules ouvertes avec une décoction de farine de graine de lin.

Bien que je ne connusse pas du tout la nature du virus qui avait produit les vésicules, je pensai ne pouvoir mieux remplir la deuxième indication qu'en employant des médicaments agissant d'une manière intense et spécifique sur tout le système lymphatique. Je conseillai donc de faire deux fois par jour une friction avec une demi-once d'onguent mercuriel à la face interne des extrémités inférieures et supérieures et je prescrivis à l'intérieur douze doses de poudres composées de 2 grains de calomel et d'un quart de grain de soufre doré d'antimoine, à prendre une dose de deux en deux heures. Je me proposais de provoquer en même temps par ces poudres des garderobes, lesquelles n'avaient pas eu lieu depuis plusieurs jours.

La fièvre ne présentant pas décidément un caractère inflammatoire et ne donnant aucune indication très-prononcée des émissions sanguines, je me bornai à lui opposer outre le régime absolu et les boissons délayantes la potion de Rivière, préparée de potasse et de vinaigre.

Le cours ultérieur de la maladie fut le suivant : l'enveloppe des vésicules s'épaissit peu à peu ; elles devinrent flasques et se ratatinèrent en formant des croûtes lâches, écailleuses, minces, d'une couleur gris-blanchâtre, qui se détachèrent d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Les places qui avaient été le siége

des vésicules, conservèrent encore pendant huit à dix jours une couleur rougeâtre; elles suintèrent un peu et elles finirent par passer graduellement à une couleur livide, brunâtre. Quelques-unes seulement s'ulcérèrent superficiellement durant quelques semaines. Les vésicules ne laissèrent nulle part après elles de cicatrices. Après l'espace d'un mois, la peau était devenue tout à fait normale.

Je n'observai aucune éruption nouvelle de vésicules après ma première visite, excepté aux extrémités inférieures, où il s'en forma quelques-unes qui n'atteignirent que la grandeur d'un pois.

Déjà le lendemain la fièvre était mitigée. Elle diminua encore davantage le surlendemain, après quelques évacuations alvines pultacées, amenées au grand soulagement du malade par l'usage des poudres de calomel et par un suppositoire d'alun cru, appliqué à mon insu par les parents.

On suspendit dès lors l'usage du calomel, ainsi que de la potion de Rivière, et il ne fut fait ultérieurement que deux frictions d'onguent mercuriel à la dose de deux gros chacune.

La fièvre disparut parfaitement le septième jour avec la dessiccation des vésicules. Elle se termina par des sueurs très-abondantes et fétides, et lorsque les urines jusque là rares et rouges eurent considérablement augmenté avec dépôt d'un sédiment furfuracé.

Le malade avait pris en tout seize grains de calomel et on avait employé pour les frictions deux onces d'onguent mercuriel. Il ne survint qu'une salivation très-légère, bien qu'accompagnée de quelque difficulté douloureuse de la déglutition et d'une mauvaise odeur de la bouche. Ces inconvénients étaient dus sans doute en partie aux vésicules qui avaient eu leur siége dans la bouche et le pharynx et qui s'étaient transformées en espèces d'aphthes. Je ne prescrivis rien contre cette salivation et ces aphthes, excepté une infusion de feuilles de sauge, avec laquelle le malade se gargarisa et se rinça fréquemment la bouche. Les aphthes ainsi que la salivation avaient entièrement disparu le 15 février.

La suppuration de la morsure fut entretenue au moyen de

l'onguent précité pendant trois semaines, le malade refusant alors de se soumettre encore à un traitement ultérieur quelconque. La plaie guérit ensuite par l'application du cérat simple. La place occupée précédemment par la morsure, conserva encore pendant plusieurs mois une couleur rougeâtre et un peu livide ; elle reprit dès lors peu à peu son aspect normal.

La couleur de la cicatrise ressemblait, lorsque je la vis pour la dernière fois en quelque sorte aux cicatrices vaccinales ; elle était un peu plus blanche et plus lisse que la peau environnante.

Le malade, qui, je crois, vit encore, est resté exempt d'autres symptômes morbides pendant les 15 années suivantes que j'ai passées dans le voisinage de son domicile.

C'est en vain, messieurs, que j'ai examiné tous les traités de pathologie ainsi que tous les journaux de médecine que je possède et que j'ai pu me procurer, pour trouver la description d'un cas analogue de fièvre vésiculeuse ou pemphigoïde produite par la morsure d'un chien *non enragé*. Ce n'est que dans l'excellent ouvrage du célèbre professeur docteur Joseph Franck (*Praxeos medicæ universæ præcepta*), qu'est cité (part. II, vol. II, pag. 411) un cas de pemphigus ou de bulles produit par la morsure d'un chien non enragé, communiqué par le docteur Mouton à Agde en France, dans le *Journal général de médecine*, Paris, janvier, 1812, tome 12. Mais en lisant le travail de M. Mouton, j'ai trouvé que le cas, observé par lui, n'a que peu de ressemblance avec le mien et qu'il présente plutôt les caractères d'un pemphigus chronique. Présumant que l'observation de M. Mouton n'est pas connue de tous les membres de la Société, je crois devoir en communiquer ici un extrait.

Ce cas concerne un jeune homme, âgé de dix-huit ans, qui fut mordu dans le mois de décembre 1809, par un chien de garde, se trouvant sur la porte d'une bergerie, près de laquelle il passa. La blessure fut considérable et ne se cicatrisa que dans le mois de février de l'année suivante, les personnes qui le soignaient ayant fait plusieurs pansements avec des substances irritantes. A cette époque M. Mouton fut consulté par les parents du malade.

M. Mouton assurant qu'il n'y avait rien à craindre des suites

de la blessure, puisque le chien n'avait, plus tard, donné aucun signe de la rage, l'individu retourna bientôt à ses occupations habituées. Mais il ne s'était guère écoulé une semaine, lorsqu'il se montra au bras affecté auparavant, pendant une nuit et sans inflammation préalable, quelques vésicules de la grandeur d'une chataigne, remplies d'un liquide séreux, qui ressemblaient, dans leur totalité, à des phlyctènes produites par des vésicatoires. Les vésicules s'ouvrirent d'elles-mêmes et donnèrent lieu à de petites plaies superficielles et douloureuses. Le jeune homme se soucia d'abord très-peu de cette nouvelle affection morbide; mais celle-ci se renouvelant souvent, il consulta de nouveau plusieurs chirurgiens du voisinage, qui crurent y découvrir tantôt des symptômes de la syphilis, tantôt une corruption des humeurs. Mais ne guérissant pas et sa maladie résistant à tous les médicaments, il fut amené à M. Mouton, il y a 14 mois, et celui-ci eut depuis cette époque souvent occasion d'observer le cours et le progrès de cette maladie vésiculeuse ainsi que le succès des médicaments employés contre elle.

Les vésicules se formèrent spontanément durant toute une année dans toute l'étendue du bras et de l'avant-bras droits; excepté une seule, qui parût dans la région lombaire et de quelques autres, qui parurent à la cuisse, dans des intervalles qui, peu à peu, devinrent plus considérables. D'abord ceux-ci ne durèrent que 14 jours, le dernier intervalle fut de 5 semaines. Le nombre des vésicules varia comme leur grandeur. Celle-ci était souvent comme un œuf de pigeon, d'autres fois comme une noisette. Quant au nombre, il n'en apparaissait pas plus de 3 en même temps. Les plaies ressemblaient à celles des vésicatoires; elles occasionnaient beaucoup de douleur et de démangeaison, qui furent toujours mitigées par M. Mouton à l'aide de cérat de Saturne, dont l'application accéléra la cicatrisation. Les plaies, en desséchant, gagnèrent une couleur foncée, qui se dissipa après cela; l'éruption des vésicules fut souvent précédée d'un malaise, mais M. Mouton ne put jamais découvrir, s'il y avait de la fièvre.

Les chirurgiens qui avaient traité le malade, avaient cru devoir attribuer cette affection morbide à la présence de virus véné-

rien ou à une corruption des humeurs. Les aveux du jeune homme étaient contraires à la première opinion, et sa bonne constitution devait réfuter la deuxième. M. Mouton, après un examen attentif, ne put en attribuer la cause qu'à l'irritation produite par la morsure du chien et par les irritants mis en usage, et son traitement fut basé sur cette considération.

Le retour des éruptions fut empêché d'une manière surprenante par un vésicatoire mis au bras gauche dans le but de provoquer un contre stimulus afin de diminuer l'irritation produite par la formation des vésicules. Puis les bouillons adoucissants et légèrement évacuants, et les bains de rivière employés dans une saison convenable furent d'une grande utilité. Mais la grande impatience du malade ne permettant pas au médecin de se borner toujours aux mêmes médicaments, on essaya encore empiriquement et peu à peu plusieurs médicaments, recommandés par d'autres auteurs. On employa successivement l'écorce du Pérou à un gros par jour, la teinture de Poesler à la dose de 10 gouttes, et enfin, d'après les conseils d'un illustre médecin de Montpellier, les frictions de teinture antispasmodique. De tous ces médicaments, le dernier seulement parut agir favorablement puisqu'il retarda le retour des éruptions. Celles-ci se renouvelèrent cependant encore toujours et ne disparurent entièrement qu'à la fin du printemps de 1811.

M. Mouton fait observer que de tous les médicaments employés contre cette longue maladie, ce ne furent que les bains qui produisirent une amélioration permanente. Il est même d'avis, qu'ils auraient accéléré la guérison, si la fortune du jeune homme lui avait permis d'en faire usage dans toutes les saisons et d'y ajouter à gré une légère solution de sulfure de chaux. Il ajoute que peut-être les eaux thermales eussent eu plus de succès.

Le cas de pemphigus, ou plutôt d'éruption vésiculeuse après la morsure d'un chien non enragé communiqué par M. le docteur Mouton, se distingue de celui que j'ai observé sous les rapports suivants :

1° L'éruption des vésicules ne suivit pas la morsure après le laps de quelques jours et pendant que la plaie était encore ou-

verte, mais seulement quelques mois plus tard, la morsure s'étant déjà cicatrisée.

2° Les vésicules ne se montrèrent pas en même temps sur toutes les extrémités, à la poitrine, au dos, et elles n'envahirent pas la bouche ni la figure; le plus souvent elles ne prirent place qu'au bras et à l'avant-bras affectés. Une seule fois, une vésicule parut à la région lombaire et quelques autres parurent à la cuisse.

3° La grandeur la plus considérable des vésicules fut celle d'un œuf de pigeon, tandis que dans mon cas plusieurs vésicules atteignirent la grandeur d'un œuf d'oie.

4° Le nombre des vésicules fut beaucoup moins grand. Il ne se présenta en même temps que trois vésicules. Dans le cas que j'ai observé il y eut une foule innombrable de vésicules.

5° Les vésicules dont fait mention M. Mouton, s'ouvrirent spontanément en se transformant en petites plaies superficielles et douloureuses; dans le cas, communiqué par moi, l'enveloppe des vésicules s'épaissît peu à peu, elles devinrent flasques et se ratatinèrent en formant des croûtes lâches, écailleuses, minces, d'une couleur gris-blanchâtre, qui se détachèrent d'elles-mêmes après quelques jours. Seulement quelques-unes d'entr'elles se terminèrent par une ulcération superficielle, qui dura pendant quelques semaines.

6° Le cours de la maladie fut chronique et non fébrile dans le cas de M. Mouton, l'éruption des vésicules se renouvelant pendant plusieurs années après des intervalles plus ou moins longs de 14 jours à 5 semaines. Dans mon cas il y eut une fièvre intense, l'éruption se fit sans interruption et fut terminée en peu de jours sans qu'il reparut plus tard des vésicules.

Bien que la différence de ces deux cas soit fort grande, ils fournissent la preuve que la morsure d'un chien non enragé peut provoquer chez l'homme mordu aussi bien une éruption vésiculeuse chronique non fébrile qu'une éruption vésiculeuse fébrile aiguë, qui, dans le dernier cas, s'accompagne encore de symptômes alarmants et même de symptômes annonçant l'altération du système nerveux. Celle-ci fut signalée dans mon cas par le délire, l'insomnie, l'agitation extrême, enfin par la grande frayeur

du jeune homme qui crut constamment voir le chien dont il avait été mordu.

Nous ne pourrions indiquer précisément la cause de ce que dans un cas la maladie apparut sous une forme chronique, tandis que dans l'autre elle se présenta sous une forme aiguë et fébrile. La différence de l'âge et des individualités ainsi que la susceptibilité plus ou moins grande des personnes mordues, l'imprégnation plus ou moins grande de la bave des chiens avec une matière virulente toute particulière, la quantité plus ou moins grande de bave, déposée dans la blessure, l'état de l'atmosphère, etc., à l'époque où se firent les morsures, toutes ces causes peuvent sans doute avoir contribué à amener cette différence. Il est de même possible que la différence sous laquelle se présenta la maladie, dépend de ce que le chien, dont fut mordu le jeune homme mentionné par M. Mouton, ne paraît pas avoir été tourmenté préalablement, tandis qu'une telle vexation avait eu lieu dans le cas dont j'ai fait la narration.

Il me paraît également digne de remarque que dans mon cas le chien avait dévoré de la viande corrompue par la putréfaction, dont la bave du chien fut infectée. Or, nous le savons tous, messieurs, des symptômes graves peuvent être provoqués par les piqûres faites à l'homme par des insectes, ayant sucé les humeurs d'animaux morts et entrés en putréfaction. De même il nous est connu, que les lésions que contractent les chirurgiens en faisant des autopsies, peuvent amener des accidents fort graves qui compromettent très-souvent la vie de l'homme de l'art.

L'observation de M. Mouton aussi bien que la mienne est encore intéressante sous un autre point de vue que nous allons indiquer. Ce fut dans l'année 1813, un paysan de l'Ucraine qui donna connaissance à M. Marochetti (voir le *Manuel de chirurgie* de Rust, vol. IX, p. 288 et le *Magazin* de Rust, vol. XVI, p. 312, seq.) de l'apparition de vésicules au-dessous de la langue, ainsi qu'aux bords et à la surface de cet organe chez des personnes mordues par des chiens enragés. M. Marochetti fut alors (le premier qui dirigea l'attention des médecins sur ce phénomène (1)).

(1) D'après une lettre, adressée à Hufeland par M. le docteur Xanthos à

Plus tard ces vésicules furent également observées par d'autres médecins, savoir par MM. Magistel (voir le *Journal* de Hufeland, pag. 17) Bauenbach, Reche, Deutschert, Schluter, Rehmann (voir le *Manuel* de Rust, l. c., p. 289, 290, 291), etc., etc. Ces vésicules sont signalées par M. Marochetti comme de petites pustules rondes ou ovales, proéminentes et ayant une grandeur différente, savoir celle d'une lentille ou d'un pois; elles sont ordinairement transparentes, en quelque sorte fluctuantes, mais souvent opaques, d'une couleur brunâtre et blanchâtre et d'une consistance plus ou moins tuberculeuse.

M. Urbau (voir le *Manuel de Chirurgie* de Rust, l. c., p. 219) dit avoir toujours observé après la disparition des vésicules siégeant sur la langue et à l'époque des changements qui se font à la blessure après cette disparition, autour des morsures ou de leurs cicatrices, de petites vésicules de la grandeur d'un grain de millet à celle d'un pois médiocre, contenant un fluide rougeâtre ou bleuâtre et aptes à communiquer par l'inoculation la même maladie.

M. Locher enfin prétend (voir le *Manuel de Chirurgie* de Rust, l. c., p. 244) avoir toujours trouvé à l'autopsie de chiens enragés un exanthème vésiculeux recouvrant la rate. Il avance, que ces vésicules diffèrent quant à leur grandeur et leur forme, qu'elles sont ordinairement rondes et ressemblent aux varioles; qu'elles ont tantôt la grandeur d'un grain de millet tantôt celle d'un pois et occupent toute la surface de la rate. Les vésicules contiennent d'après M. Urbau, un liquide lymphatique, d'un jaune clair et la rate présente des traces d'inflammation.

Il n'entre pas dans notre sujet d'entamer ici une discussion sur des opinions, se contre-disant l'une l'autre, qui régnent encore parmi les médecins sous le rapport de l'existence ou de la non-existence de ces différentes espèces de vésicules chez des hommes mordus par des chiens enragés et chez les chiens en-

Siphnus en Grèce (v. le *Journal* de Hufeland, 1824, cahier 3, p. 3) les vésicules hydrophobiques, se trouvant en dessous de la langue, étaient connues en Grèce déjà depuis longtemps sous le nom de *Lysses*. M. Xanthos en conclut que le paysan qui avait instruit M. Marochetti de l'existence de telles vésicules, en avait pris lui-même la connaissance en Grèce.

ragés eux-mêmes; néanmoins nous croyons, en comparant les observations de MM. Marochetti, Magistel, etc., Urbau et Locher avec celles faites par M. Mouton et par moi, pouvoir émettre l'avis que l'éruption de vésicules apparaissant après la morsure d'un chien ne permet pas toujours d'admettre décidément, que l'animal en question ait été indubitablement enragé.

Nous jugeons donc fort important, de tracer les caractères diagnostiques propres à faire connaître si les vésicules, tirant leur origine d'une telle morsure, sont ou non provoquées en effet par un animal enragé. Cet examen nous semble être de la plus grande valeur, surtout dans tous les cas où on n'a pu saisir l'animal ayant appliqué la morsure et où on ne possède pas d'autres preuves incontestables, démontrant que cet animal était enragé ou ne l'était pas.

Bien que nos expériences soient encore trop limitées en nombre pour pouvoir fixer avec précision un tel diagnostic, nous pensons que les signes diagnostiques *principaux* sont les suivants :

Vésicules produites par la morsure d'un animal enragé.	*Vésicules produites par la morsure d'un animal non enragé.*
1.) Elles ne furent observées jusqu'ici chez des hommes mordus que dans la bouche, et autour de la morsure. On les a vu principalement sur les côtés du filet et à la surface de la langue. (Chez les chiens enragés on n'a vu qu'après la mort, des vésicules siégeant à la surface de la rate.)	1.) Elles se trouvèrent dans le cas communiqué par M. Mouton, au bras affecté, à la région lombaire et à la cuisse. Dans le cas observé par moi, il s'en trouva dans la bouche, excepté à la langue, dans le pharynx, au dos, à la poitrine, aux extrémités inférieures et supérieures et à la figure.
2.) Elles ne paraissent avoir que la grandeur d'un grain de millet ou d'une lentille, et dans les cas extrêmes d'un pois médiocre.	2.) Quelques vésicules atteignirent dans le cas de M. Mouton, la grandeur d'une châtaigne; j'en vis quelques-unes ayant la grandeur d'un pois d'une grosse noix, d'un œuf de poule et même d'un œuf d'oie.
3.) L'apparition des vésicules ne paraît pas être précédée de prodromes.	3.) Dans le cas de M. Mouton, l'éruption des vésicules fut précédée d'un malaise ; dans mon cas elle fut précédée d'une fièvre assez intense accompagnée de symptômes en quelque sorte allarmants, savoir : de l'insomnie, d'agitation extrême, de délire, etc.
4.) La disparition spontanée est suivie presque immédiatement ou	4.) La disparition spontanée n'est suivie ni de changements locaux à la

après peu de temps, souvent déjà après 30 heures d'autres symptômes morbides. La blessure encore ouverte s'élève, devient spongieuse, change de couleur et sécrète un pus de mauvaise qualité et ichoreux. Le malade éprouve une démangeaison désagréable à la blessure, et cette douleur se communique au membre ou à la partie où se trouve la blessure. La blessure déjà cicatrisée s'enflamme, s'ouvre de nouveau et suppure, ou, ce qui a lieu plus souvent, elle ne change que de couleur; elle s'élève, devient bleuâtre, douloureuse et la douleur saisit le membre tout entier sans qu'il se gonfle. Quelquefois la cicatrice ne change pas du tout de couleur, mais le malade éprouve souvent en dessous d'elle une douleur plus ou moins sourde et piquante. Dans quelques cas, les malades ne se plaignent que d'un étourdissement de la partie affectée. Lorsque la bave n'a atteint que la surface de la peau et que l'infection s'est faite de cette manière, cette place devient aussi ordinairement douloureuse, elle commence à démanger et à s'enflammer. Dans des cas très-rares, et alors le plus souvent, si les circonstances les dernières citées ont eu lieu, on n'a observé aucun changement à la place où a eu lieu la résorption du virus hydrophobique. Outre les changements précités de la blessure, M. Urbau a encore observé des vésicules autour d'elle (voir plus haut). Surviennent enfin les prodromes de l'hydrophobie et l'hydrophobie elle-même.

(Voir le *Manuel* de Rust, l. c, pag. 219, seq.)

5.) L'apparition des vésicules n'a lieu qu'une *seule fois*, excepté peut-être celle que dit avoir observée M. Urbau autour de la blessure. Cette dernière éruption ne paraît du reste se montrer qu'à l'époque où s'opèrent des changements fâcheux à la blessure après la disparition spontanée des vésicules ayant leur siége à la langue.

blessure, ni de prodromes de l'hydrophobie ou de l'hydrophobie elle-même; elle ne le fut pas du moins dans les cas observés par M. Mouton et par moi.

5.) Dans le cas de M. Mouton il y avait apparition de vésicules à différentes reprises et après des intervalles de deux à cinq semaines.

Quant à la couleur des vésicules et du liquide y contenu, elle ne paraît être qu'un signe diagnostic de peu de valeur.

Aussi bien que dans le cas d'une morsure d'un chien non enragé, que j'ai observé, plusieurs vésicules fussent opaques, il en fut de même quelquefois des vésicules que d'autres médecins ont observées après la morsure d'un chien réellement enragé. Or, plusieurs médecins assurent avoir rencontré après une telle morsure des vésicules opaques, d'un blanc-brunâtre; et M. Urbau avance que les vésicules qui se trouvaient autour de la blessure, contenaient quelquefois un fluide rougeâtre ou bleuâtre.

Je ne puis terminer, messieurs, ma communication, sans en déduireles corollaires suivants pour la pratique : Déjà depuis les temps les plus reculés les médecins ont eu pour règle, de ne regarder avec insouciance aucune blessure produite par la morsure d'un animal quelconque et surtout celles faites par la morsure d'un chien. Le praticien prudent et consciencieux applique donc immédiatement sur l'homme atteint d'une semblable blessure, un traitement local et prophylactique, qui est continué aussi longtemps qu'il existe des doutes relativement à la santé de l'animal qui a mordu. Mais lorsque l'expérience nous apprend que l'éruption de l'hydrophobie est souvent précédée de l'éruption de vésicules, bien que ces vésicules n'aient été observées jusqu'ici que dans la bouche et autour de la blessure, il est du devoir du médecin, de redoubler de précaution et de soins dans chaque cas où il se montre sur une partie quelconque du corps de l'homme mordu une éruption vésiculeuse après la morsure faite par un chien. Vu l'analogie qui existe en quelque sorte entre les vésicules produites par la morsure d'un chien enragé et celle faite par un chien non enragé, il sera indispensable d'ouvrir le plus tôt possible toutes les vésicules qu'on aura rencontrées et d'en faire écouler tout le liquide qu'elles contiennent. Outre cela, il sera prudent de cautériser autant que faire se pourra, toutes les vésicules au moyen d'un caustique quelconque, afin d'éviter l'absorption du liquide, qui pourrait être retenu dans les vésicules, ainsi que l'influence funeste de cette absorption sur l'économie humaine.

Bruxelles, le 23 juillet 1840.

Rapport sur l'observation qui précède (1).

L'auteur commence par donner l'historique de la fièvre vésiculeuse qu'il a observée sur un individu de 13 ans qu'un chien non enragé avait mordu au côté externe de la jambe gauche. Après avoir décrit avec le plus grand soin la marche de cette fièvre ainsi que la nature et la situation des vésicules dont celles qui avaient acquis la plus grande dimension offraient la grandeur d'un œuf de poule. M. Rieken établit trois indications, savoir : 1° empêcher la résorption du virus; 2° détruire le plus complétement possible le virus déjà résorbé ; 3° traiter la fièvre d'après le caractère qu'elle présente. En suivant ce traitement méthodique l'on parvient à rétablir la peau dans l'état normal après l'espace d'un mois. Cette observation est d'autant plus intéressante que, malgré de nombreuses recherches faites dans les traités spéciaux ainsi que dans les ouvrages périodiques , il a été impossible de rencontrer aucun cas analogue, si ce n'est celui cité par le professeur Joseph Franck (*Praxeos medicœ universœ prœcepta*) qui offre plusieurs différences notables, car c'était une fièvre penphigoïde chronique, dans laquelle les vésicules ne se montrèrent que longtemps après la cicatrisation de la plaie.

En terminant son travail l'auteur fait un tableau des caractères diagnostiques tendant à faire connaître si les vésicules sont ou non provoquées par un chien enragé.

D'après cet exposé du mémoire de M. le docteur Rieken, qui ne s'est appuyé rigoureusement que sur des faits, nous avons l'honneur d'en proposer l'impression à la Société des sciences médicales et naturelles.

(1) MM. J.-E. **Lequime** et **De Losen**, *commissaires*, M. **Meisser**, *rapporteur*.

—

COUP D'ŒIL

SUR L'OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE;

Par Julien VAN ROOSBROECK,

Docteur en médecine et en l'art des accouchements, maître-ès-art ophthalmiatrique de l'Académie I. et R., méd.-chir. Josephine de Vienne, professeur d'ophthalmologie à l'Université de Gand, etc., etc.

FORMATION D'UNE PUPILLE ARTIFICIELLE.

CONFORMATIO PUPILLÆ ARTIFICIALIS COREMORPHOSIS.

On entend par opération de la pupille artificielle, cet acte par lequel, soit en formant une nouvelle pupille, soit en élargissant la pupille naturelle, on procure aux rayons lumineux l'accès dans l'intérieur de l'œil, par une route artificielle, la voie naturelle leur étant fermée par l'occlusion de la pupille normale ou par l'obscurcissement de la partie de la cornée, située en face de cette ouverture.

Si l'on devait juger de l'ancienneté d'une opération par l'importance qu'elle a acquise, et par le nombre de procédés imaginés pour la mettre à exécution, on serait tenté d'accorder une haute antiquité à l'opération de la pupille artificielle. Cependant son origine ne remonte pas au delà du XVIIIe siècle. Elle peut à juste titre être considérée comme une des plus belles et des plus importantes découvertes de la chirurgie moderne.

Les cas qui réclament ou qui permettent la formation d'une pupille artificielle sont les suivants :

1° *L'occlusion de la pupille par opacité centrale et incurable de la cornée. Occlusio pupillæ ab obscuratione centrali corneæ.* Nous rangeons dans cette catégorie les cas où la pupille a conservé son état normal, mais où elle se trouve découverte par un trouble central de la cornée, qui s'oppose à ce que les rayons lumineux traversent cette ouverture pour arriver à la rétine. Ces troubles peuvent consister en cicatrices, en abcès desséchés, en épaississements staphylomateux de la cornée, en opacité leucomateuse, etc., etc.

2° *L'occlusion de la pupille par adhérence partielle de l'iris à la cornée et leucome. Occlusio pupillæ e synechia anteriori et leucomate.* Ce sont les cas où la pupille naturelle est assez déformée, effacée ou rétrécie pour empêcher le passage de la lumière. Cette synéchie antérieure peut être la suite d'une inflammation par exsudation, ou celle d'une plaie ou ulcère de la cornée où l'iris est tombé dans la solution de continuité et y a contracté des adhérences.

3° *L'occlusion de la pupille par synéchie antérieure. Occlusio pupillæ e synechia anteriori.* Dans ce cas tout le bord de l'iris est adhérent à la cornée.

4° *L'occlusion congénitale de la pupille. Occlusio pupillæ congenita,* produite par la persistance de la membrane pupillaire.

5° *L'occlusion de la pupille par atrésie ou resserrement complet de la pupille. Synizezis atresia pupillæ, occlusio pupillæ e concretione immediata marginum pupillarium.* Lorsque le bord pupillaire adhère partout à lui-même. Cet état peut être le résultat d'inflammation ou de blessures de l'iris.

6° *L'occlusion de la pupille par exsudation plastique. Occlusio pupillæ lymphatica.* Lorsqu'à la suite d'inflammation de l'iris il se dépose dans la pupille de la lymphe qui en s'organisant en fausse membrane l'oblitère complétement. On trouve quelquefois du sang ou du pus mêlé à cette lymphe.

7° *L'occlusion de la pupille par synéchie postérieure. Occlusio pupillæ e synechia posteriori.* Lorsque l'iris a contracté des adhérences avec la capsule antérieure du cristallin.

8° *L'affaissement de la pupille. Pupillæ subsidentia,* que Rosas regarde comme un effet du ramollissement ou de perte d'une partie de l'humeur vitrée.

9° Mon savant ami Jungken (1) et Sanson (2) admettent encore comme réclamant la formation d'une pupille artificielle *l'opacité de la cavité du corps vitré, dans laquelle est reçu le cristallin,* lorsque cette opacité se forme après l'abaissement ou

(1) JUNGKEN, *Lehre von den augenkrankheiten.*

(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques,* article *Pupille artificielle.*

l'extraction de la cataracte, et qu'elle résiste aux moyens employés pour la détruire. Je saurais difficilement émettre une opinion sur les cas de ce genre, parce que je n'ai jamais rencontré quelque chose de semblable.

Il ne suffit pas de l'existence de l'une ou de l'autre des lésions que nous venons d'énumérer, il faut d'autres conditions indispensables pour être autorisé à pratiquer l'opération de la pupille artificielle.

I. *L'occlusion de la pupille doit être de telle nature que le rétablissement de la vue ne puisse être obtenu par aucun autre moyen plus facile ou moins dangereux que l'opération.* Il est bien des circonstances ou par l'absence de cette condition il faut rejeter l'opération ; par exemple : a-t-on à faire à une opacité centrale de la cornée, on est obligé d'essayer par des moyens pharmaceutiques et diététiques convenables de faire disparaître cette lésion. C'est seulement lorsque ces moyens ont échoué qu'il est permis de recourir à l'opération. Il en est de même pour les exsudations lymphatiques, lorsqu'elles n'obstruent pas toute la pupille. Il m'est arrivé plusieurs fois d'améliorer la vue par des moyens pharmaceutiques, au point de rendre l'opération inutile chez des personnes qui étaient venues me demander mon avis sur la nécessité de se faire opérer. Il serait également impardonnable de pratiquer une pupille artificielle immédiatement après la naissance, sur un enfant, chez qui la membrane pupillaire a persisté, puisqu'il existe plusieurs exemples qui démontrent que cette membrane peut disparaître sous l'influence de collyres narcotiques. Je ne suis cependant pas d'avis de continuer l'usage de ces moyens indéfiniment. Lorsqu'on les aura employés sans succès pendant un temps plus ou moins long, mais toujours suffisant pour être assuré de leur impuissance, alors s'il n'y a aucune contre-indication on peut passer à l'opération.

II. Une autre condition indispensable pour être autorisé à pratiquer l'opération de la pupille artificielle, est *qu'une partie de la cornée ait conservé sa transparence.* On comprend fort bien que s'il existait un pannus, une keratite scrofuleuse, ou toute autre affection de ce genre, l'opération ne pourrait qu'aggraver

le mal et manquer complétement son but. Les auteurs pensent, assez généralement, qu'il faut qu'un tiers au moins de la cornée ait conservé sa transparence, pour que l'opération puisse être pratiquée avec quelque espoir de succès. Il est incontestable que les chances de succès et la facilité d'exécution de l'opération, sont en raison directe de l'étendue de la partie de la cornée restée transparente. Cependant je ne regarde pas comme un obstacle absolu à l'opération que la cornée ne soit transparente dans moins de la moitié de son étendue. Il suffit que la cornée soit saine et diaphane dans une étendue de deux lignes, pour que j'entreprenne l'opération ; je l'ai pratiquée plusieurs fois avec succès, dans des circonstances de ce genre.

III. Il faut, en outre, que *l'iris ait conservé sa structure normale, et qu'il n'offre pas de symptômes maladifs.* J'attache la plus grande importance à cette circonstance, et je la regarde comme une condition tout à fait indispensable. Lorsque l'iris a subi des changements dans sa structure, qu'il a perdu son aspect rayonné que sa couleur est matériellement changée, qu'on y reconnaît des vaisseaux injectés, etc., etc., je suis d'avis qu'on ne doit jamais pratiquer l'opération; voici les motifs de cette opinion : 1° dans ces cas il devient presqu'impossible de détacher l'iris de ses attaches, ou de le ramener dans la plaie de la cornée, à cause de la facilité avec laquelle il se déchire au moindre tiraillement; 2° lors même qu'on parvient à le détacher, à le tirer en avant et à en exciser une portion, il arrive ordinairement ou que la nouvelle pupille qu'on vient de pratiquer, s'oblitère de nouveau par de nombreuses exsudations lymphatiques qui ne tardent pas à se développer, ou que l'œil finit par s'atrophier; 3° parce que ces altérations de l'iris sont fréquemment accompagnées d'amaurose que l'on ne reconnaît souvent qu'avec la plus grande difficulté lorsqu'elle n'est pas complète et qui laisse l'opération la mieux faite sans résultat.

IV. Il faut, en outre, que *les parties de l'œil qui sont moins directement intéressées dans l'opération, soient également saines, ou du moins qu'elles ne soient pas assez malades pour faire échouer l'opération.* La rétine doit avoir conservé sa sensibilité. Les auteurs disent, généralement, que lorsque la perception de

la lumière existe encore, on peut procéder à l'opération. Je pense que la sensibilité de la rétine se bornant à la perception de la lumière, n'est pas une garantie suffisante contre l'amaurose commençante, qui a été la cause la plus fréquente, je dirai presqu'unique, de tous les insuccès que j'ai rencontrés dans ma pratique. Aussi je redoute cette complication tout autant que toutes les autres réunies. Quand l'amaurose est complète, il n'est pas possible de se méprendre; le malade ne distingue pas le jour de la nuit; il éprouve en même temps la plupart des symptômes subjectifs qui accompagnent cette affection. Dans ces cas on s'abstient de toute opération parce qu'on est sûr d'avance qu'elle sera sans résultat. Mais il en est autrement, lorsque l'amaurose n'est que commençante, lorsque le malade distingue encore le jour de la nuit, lorsqu'il voit passer la main devant les yeux et quelquefois distingue même encore les couleurs vives; dans ces cas, suivant à la lettre les conseils des auteurs qui sont d'avis qu'on peut pratiquer l'opération, lorsqu'il existe encore perception de lumière, on opère, on fait une pupille grande, nette, tout se passe sans le moindre accident, et cependant le malade ne voit pas mieux qu'auparavant. Ce sont de ces désappointements qu'il faut avoir éprouvés pour en connaître la valeur. Aussi je serais tenté de conseiller à tous les jeunes praticiens de ne jamais pratiquer l'opération de la pupille artificielle, lorsqu'il existe la moindre présomption d'une amaurose commençante, si dans deux cas, où la plupart des symptômes d'une amaurose incomplète existaient, je n'eus obtenu un succès complet. Il y a même plus, dans ces deux cas, à la suite de l'opération, probablement par l'action de la lumière qui est le stimulant naturel de la rétine et dont elle avait été privée pendant plusieurs années, j'ai vu cesser ces symptômes alarmants et la vue se rétablir complétement. Ces cas sont très-rares, mais il suffit qu'il s'en présente quelques-uns pour que dans des circonstances analogues, on puisse se permettre d'exposer les malades aux chances d'une opération peu dangereuse, plutôt que de les abandonner à une cécité certaine.

Il faut que la choroïde et l'hyaloïde soient également dans un état de parfaite santé, parce que les affections morbides de ces

parties sont presque toujours accompagnées d'amourose. Aussi l'opération est absolument contr'indiquée, lorsqu'il existe des staphylômes de la sclérotique, des varices de la choroïde, glaucôme, synchésis avancée, atrophie, etc., etc. Cette contr'indication me paraît si évidente que je l'aurais passée sous silence, s'il ne m'était arrivé d'être un jour appelé sur l'avis d'un confrère pour pratiquer l'opération dans une circonstance analogue; mon collègue était fortement surpris de ce que je me refusais obstinément à la faire; il avait fort bien reconnu la lésion qui réclamait l'opération mais il n'avait pas eu égard à celles qui la défendaient.

V. L'état général de l'organisme, l'âge, la disposition du corps, les maladies antérieures ou encore existantes, les constitutions atmosphériques sont autant de circonstances à prendre en considération, lorsqu'il s'agit de pratiquer une pupille artificielle. Ces circonstances sont d'autant plus importantes que l'opération se pratique sur des organes qui ont souffert de maladies dont le germe et la cause existent, souvent encore, dans l'économie. Le bas âge de l'enfant, la période de la dentition, une grande irritabilité de l'individu, des maladies dyscrasiques antérieures ou encore persistantes, les variations atmosphériques, des épidémies régnantes, l'absence de soins pour le malade, etc., sont autant de contr'indications si pas absolues, du moins momentanées pour l'opération.

Lorsque toutes ces conditions existent; pour obtenir un succès favorable de l'opération on se demande:

I. *Doit-on pratiquer l'opération de la pupille artificielle à un œil, lorsque l'autre est entièrement sain?*

On fait la même question, lorsqu'il s'agit de l'opération de la cataracte. Malgré que j'aie pris pour règle générale de ne pas opérer quand un seul œil est cataracté; il est cependant des cas où je me permets d'enfreindre cette règle générale, entr'autres 1° lorsque la cataracte est toute formée à un œil, et qu'à l'autre le malade ne commence à sentir que les premiers symptômes de la maladie. Plusieurs auteurs sont du même avis, parce que, comme moi, ils ont eu l'occasion d'observer des cas où ils ont cru pouvoir attribuer à l'opération qu'ils pratiquaient sur un

œil, l'effet que la cataracte ne se développait pas sur l'autre. Il faut, comme je l'ai fait observer, que le malade ne ressente que les premiers symptômes de la formation de la cataracte, pour que je me conduise comme je viens de le dire. Il faut que les symptômes se bornent à l'apparition d'un léger brouillard ou de quelques particules noirâtres voltigeant devant l'œil, et de plus qu'aucun trouble dans le cristallin ne soit perceptible à l'œil de l'observateur même armé de la loupe. Lorsque l'opacité est assez avancée pour être reconnue à l'œil nu; je préfère attendre jusqu'au moment où l'indication se présente d'opérer les deux yeux à la fois; 2° à l'exemple de mon savant maître Jüngken, je me permets d'opérer un œil cataracté lorsque l'autre est sain, chez les jeunes filles qui croient voir dans la tache blanche qu'on aperçoit à leur œil, un obstacle à leur établissement, et qui préfèrent même courir les risques de perdre complétement cet œil, que d'y conserver quelque chose de particulier qui pourrait être *remarqué,* comme elles le disent. Lorsque l'œil se trouve dans les conditions favorables pour espérer de voir réussir l'opération, je commence par faire connaître à la malade les dangers auxquels elle s'expose et les privations auxquelles elle doit se soumettre après l'opération, etc. Lorsque je vois que la résolution de la malade et de ses parents est si fermement prise que ni douleur, ni dangers, ni privations ne pourraient les faire fléchir, alors, mais seulement alors, je passe sur toute considération, et cédant à cet excès d'amour propre, j'opère, parce que j'ai l'intime conviction qu'ils ne se contenteraient pas de mon avis consciencieux, et qu'ils s'adresseraient à l'un ou à l'autre de ces *piqueurs de cataractes,* qui ne se soucient pas autant de rendre service à leurs malades que de leur extorquer de l'argent, et qui opèrent tout ce qui se présente sans avoir égard aux conséquences de l'opération. Si le hasard voulait alors que contre toute attente, l'opération réussit, le téméraire ignorant passerait pour un grand homme; et l'homme probe et consciencieux serait regardé comme un ignorant.

On croirait peut-être que j'exagère l'opiniâtreté que certaines personnes mettent à réclamer du médecin oculiste la disparition d'une tache même légère mais qui pourrait être *remarquée,*

comme le disent les jeunes filles. Il suffit pour ceux qui veulent s'en convaincre mais qui n'ont pas l'occasion d'observer beaucoup de cataractes, d'interroger quelques filles portant une cicatrice un peu visible sur la cornée. Ils en trouveront qui diront qu'un tel ou un tel, agissant en homme consciencieux, leur aura conseillé de supporter patiemment l'existence de ces taches, de ne rien faire pour s'en débarrasser, parce qu'elles sont indélébiles et ineffaçables. He bien! croirait-on qu'elles se contenteront de ces sages conseils dictés par la probité et la prudence. On tomberait dans une erreur étrange. En dépit de ces avis salutaires, elles recourront successivement à tous les remèdes vulgaires, à tous ces prétendus spécifiques conseillés contre toutes les maladies des yeux, et parmi lesquels presque chaque famille possède le sien. Elles auront recours aux pratiques de la superstition la plus absurde, porteront des amulettes, enfin s'appliqueront, comme je l'ai vu faire, sur le creux de l'estomac ou sur l'avant-bras, un petit sachet rempli de feuilles d'une certaine plante (*vlekskens-kruid*) et que je crois être la saponaire, et cela avec la ferme conviction que neuf jours après la malencontreuse tache aura disparu, et de 9 jours en 9 jours elles arrivent à la fin de l'année. Certes, on croirait que leur courage et leur espoir sont à bout, pas du tout, chaque fois que les feuilles publiques ou les trompettes de la renommée annonceront l'apparition de quelque charlatan, comme on n'en voit que trop par le temps qui court, soudain l'espérance renaît, elles accourent, s'adressent avec confiance à l'homme extraordinaire, font usage avec une résignation extrême des remèdes les plus bizarres et les plus absurdes, tels que les lunettes merveilleuses, qui depuis quelque temps jouissent à Bruxelles de la propriété de faire disparaître cataracte, cicatrices de la cornée, fausses membranes dans la pupille, etc., vertus plus que merveilleuses pour quiconque a la moindre dose de bon sens; mais qui pour certaines personnes ne sont rien moins que fort possibles, et dont elles se rendent parfaitement compte!!

Quand nous voyons toutes les démarches faites pour obtenir ce qui est impossible, ne vaut-il pas infiniment mieux, n'est-ce pas même un acte d'humanité de la part de l'homme spécial et

consciencieux avant tout, d'enfreindre la règle générale, que lui-même établit, plutôt que d'exposer les personnes ainsi disposées à toutes les chances qu'elles ont à courir entre les mains de ces hommes pour qui les bonnes actions sont des exceptions et les tromperies la règle générale ?

Il faut, comme je viens de le dire, que la cataracte présente toutes les conditions nécessaires qui assurent le succès de l'opération pour que je me décide à la pratiquer dans ces circonstances. Du moment que j'aperçois la moindre complication qui pourrait en compromettre le résultat je ne me permets jamais de la faire, sans avoir égard à aucune considération quelconque.

Il s'est présenté, un jour, chez moi, une fille qu'on pourrait encore rencontrer dans les rues de Bruxelles, qui avait à l'œil gauche une cataracte adhérente à l'iris, compliquée d'atrophie commençante du même œil : elle voulait absolument être débarrassée de la tache blanche que tout le monde remarquait : j'eus beau lui observer que l'opération n'y pouvait rien, qu'il aurait été impossible peut-être de faire disparaître la tache, que même, selon toutes les probabilités, elle n'aurait pas conservé son œil dans l'état où il était alors ; qu'il se serait atrophié complétement. Elle resta insensible à toutes mes observations, elle voulut courir toutes les chances de l'opération, pourvu que la vilaine tache fut enlevée, elle aurait même autant aimé de perdre son œil pour le remplacer par un œil artificiel que de le garder tel qu'il était. Comme, malgré son vif désir, je ne voulus pas consentir à faire l'opération, elle sortit toute en colère de chez moi.

D'après ce que je viens de dire dans cette digression sur l'opération de la cataracte, on comprendra facilement que j'ai encore plus de répugnance à pratiquer une pupille artificielle dans des circonstances analogues. Nous n'avons pas ici comme dans les cas de cataracte, l'espoir ni les motifs de prévenir par une opération une maladie analogue à l'autre œil. Nous risquons même dans les cas où l'opération serait couronnée de succès, de rendre au malade la vue tellement trouble par le défaut de parallélisme que nous établissons entre les axes visuels des deux yeux, que lorsqu'il voudrait bien voir un objet il serait obligé de fermer un œil.

Il ne nous reste donc en définitive, que les cas rares, ou des personnes craignent que cette lésion particulière qu'on remarque à leur œil, ne nuise à leur établissement; et encore dans ces cas, est-il nécessaire que la lésion réclamant la formation d'une pupille artificielle soit de nature à pouvoir être enlevée par l'opération et à permettre de placer la nouvelle pupille au centre de l'iris, comme dans le cas d'exsudation lymphatique incurable dans la pupille, de cataracte adhérente à l'iris, d'atrésie de l'ouverture pupillaire. C'est dans ces cas seulement que je crois qu'en conscience on peut pratiquer une pupille artificielle à un œil lorsque l'autre est sain.

II. *Peut-on pratiquer l'opération de la pupille artificielle, lorsque la vue d'un des deux yeux est suffisante pour permettre aux malades de se conduire et de distinguer les objets volumineux.*

La plupart des auteurs, considérant la grande sensibilité des tissus de l'œil qui sont attaqués par l'opération et les accidents graves qui selon eux en sont la suite fréquente, ayant ensuite égard à la sympathie qui unit les deux yeux et qui pourrait entraîner après l'opération la perte de l'autre œil, conseillent de s'en abstenir dans ces circonstances.

Je ne puis aucunement partager ces craintes assez généralement exprimées par les auteurs, autant je suis opposé à l'opération quand il s'agit de la faire par complaisance, ou lorsqu'elle n'est pas dirigée dans l'espoir d'améliorer directement l'état du malade, autant je me sens entraîné à la faire lorsque j'ai la conviction de pouvoir rendre un immense service sans grande probabilité d'exposer le malade au danger d'être plus malheureux.

Les auteurs exagèrent, en général, beaucoup trop la sensibilité des tissus de l'œil qu'on blesse dans l'opération de la pupille artificielle, les accidents qui selon eux en sont la suite, et le danger que, par la grande sympathie des deux yeux entre eux, l'œil opéré fait courir à l'autre. Pour ma part, j'ai fait plus de trente opérations de pupille artificielle, toujours par résection d'une portion de l'iris, et je déclare que je crains beaucoup moins d'enlever avec un instrument bien tranchant une portion de l'iris que de produire une simple contusion à cette membrane avec le dos de

l'aiguille ou avec le cristallin opaque, dans l'opération de la cataracte par dépression. Les accidents dont on nous effraie sont ordinairement si peu graves que la plupart de mes opérés ont pu quitter le lit le surlendemain de l'opération, il y en eut même chez lesquels j'aurais pu me dispenser de toute mesure de précaution; chez quatre ou cinq seulement j'ai été obligé de faire des évacuations sanguines et encore se sont-elles bornées à une simple application de sangsues; chez *un seul* l'œil s'est perdu par suite de l'inflammation qui est survenue. C'est le seul cas que j'ai opéré par enclavement de l'iris dans la plaie. Un abcès s'est développé dans la portion de l'iris qui était enclavée, et l'œil s'est insensiblement atrophié. Voilà les seuls accidents graves qui ont été la suite d'une trentaine d'opérations. Je ne prétends cependant pas que toutes mes opérations ont réussi à rétablir ou à améliorer la vue; mais au moins l'absence de la vue qui a persisté après ces opérations n'a jamais été (sauf le cas que je viens de citer) l'effet de ces opérations. Il existait, chaque fois, une amaurose incomplète qu'il était impossible de reconnaître ou que j'avais l'espoir de voir s'améliorer par l'opération. S'il est des cas où les malades n'ont rien gagné à l'opération, je m'en console par la conviction qu'elle ne leur a rien fait perdre.

L'effet de la sympathie d'un œil sur l'autre dans les cas d'opérations de cataracte et de pupille artificielle est tout aussi exagéré que les dangers que je viens de signaler. J'aime mieux admettre que la plupart de ceux qui répètent aveuglément ce que leurs devanciers ont dit, n'ont pas fait grand nombre d'opérations, que de supposer qu'ils soient de mauvaise foi, ou qu'ils cherchent à effrayer les jeunes praticiens. J'ai pratiqué à peu près trois cents opérations de cataracte et de pupille artificielle, parmi lesquelles s'en trouvait un bon nombre que j'ai opéré à un œil à la fois; j'en ai vu faire un nombre à peu près égal par d'autres praticiens; jamais je n'ai observé un seul cas où je me sois cru autorisé à admettre qu'une opération faite à un œil eût entraîné la perte de l'autre.

En présence d'un aussi grand nombre de faits qui n'offrent aucun accident grave, je demande si ce serait un acte d'huma-

nité que de refuser à un pauvre ouvrier qui verrait juste assez pour se conduire et qui n'aurait pour toute ressource que son travail pour lequel le sens du toucher ne suffit pas, si ce serait un acte d'humanité, dis-je, de refuser de lui pratiquer une opération, qui selon toutes les probabilités pourrait le remettre en état de gagner assez pour se passer de la charité publique, qui souvent lui est refusée, parce qu'il n'est pas entièrement aveugle? Je le demande, serait-il plus humain de refuser l'opération à cet homme pour le seul motif qu'il voit encore assez pour se conduire, ou parce que des hommes qui n'ont pas eu occasion de faire ces opérations, ou qui, par défaut de dextérité et de soins, ont eu des accidents à déplorer, en exagèrent les dangers? Pour ma part je m'en ferais un reproche et j'ai la conviction que les hommes raisonnables m'approuveront lorsque je dirai que ce sont ces cas où la vue n'est pas entièrement abolie, ceux dont on cherche à nous effrayer le plus que j'opère avec une prédilection particulière, et qu'ordinairement je ne choisis pas pour l'opération l'œil dont la vue est tout à fait perdue, mais de préférence celui qui a conservé assez de sensibilité pour distinguer encore les objets volumineux; parce que je suis certain de ne pas y rencontrer d'amaurose commençante.

Je pense que si l'opération de la pupille artificielle a eu si peu de succès entre les mains d'un grand nombre d'opérateurs, la cause ne doit pas en être attribuée à l'opération elle-même, mais bien au mauvais choix que font ces chirurgiens des malades qu'ils y soumettent, ou au peu de soins qu'ils mettent à rechercher s'il n'existe pas en même temps de lésions qui contr'indiquent cette entreprise.

III. *Dans les cas d'oblitération des deux pupilles, faut-il pratiquer l'opération de la pupille artificielle aux deux yeux?*

Comme on peut très-bien voir d'un seul œil, je pense qu'on ne doit pratiquer l'opération aux deux yeux que dans les seuls cas où l'on peut placer les nouvelles pupilles au centre de l'iris ou à son bord inférieur; hors ces cas il serait impossible d'obtenir le parallélisme des deux axes visuels, condition nécessaire pour la netteté de la vision. On provoquerait chez ces malades un strabisme qui changerait l'avantage de voir des deux yeux

32.

en un très-grand inconvénient, car chaque fois qu'ils voudraient fixer un objet, ils seraient obligés de fermer l'un ou l'autre œil pour le bien distinguer.

IV. *Quel est le lieu le plus convenable pour établir une pupille artificielle?*

Dans la plupart des cas nous ne sommes pas du tout libres de choisir ce point. Le choix est déterminé par la nature des lésions qui réclament l'opération, puisqu'on doit toujours perforer un point de l'iris qui soit en rapport avec un point transparent de la cornée. Quand on a le choix, c'est-à-dire quand la cornée est saine et transparente à son centre, on doit placer la pupille autant que possible au centre de l'œil.

Si la cornée est opaque à son centre, et transparente seulement vers sa circonférence, il faut nécessairement perforer l'iris sur l'un des côtés. Alors on conseille généralement de préférer le côté interne à l'externe, d'une part parce que la nouvelle pupille placée sur une des extrémités du diamètre transversal de l'œil correspondra au plus grand écartement des paupières; et d'autre part, parce que le malade sera moins exposé à loucher, la pupille artificielle se rapprochant beaucoup plus en ce lieu de celui occupé par la pupille normale; naturellement plus rapprochée de l'angle interne que de l'angle externe de l'œil. A défaut de l'angle interne on conseille, généralement, l'angle externe; mais alors le malade sera forcé, pour voir les objets placés devant lui, de porter la tête de côté de manière à présenter l'angle externe de l'œil en avant ou de tourner l'œil vers le nez. Après le bord externe on choisit le bord inférieur; mais ce lieu est défavorable, d'après les auteurs, à cause de la nécessité où les malades se trouvent de tourner l'œil en haut pour mettre la nouvelle pupille en rapport avec l'axe des rayons lumineux. Enfin le lieu le plus défavorable est la partie supérieure de l'iris, non-seulement à cause de la difficulté dont nous venons de parler, et qui force les malades à tourner l'œil en bas pour regarder en avant, mais encore, parce que la paupière supérieure tombant au-devant de l'œil de manière à recouvrir chez presque tous les sujets la partie supérieure de l'iris, gêne l'entrée des rayons lumineux dans la nouvelle ouverture pupillaire.

Je partage avec tous les auteurs qui ont écrit sur cette opération, l'opinion que le bord supérieur de l'iris est le lieu le plus défavorable pour l'établissement d'une pupille artificielle; mais je ne suis plus de leur avis quand il s'agit de donner la préférence aux angles interne et externe sur le bord inférieur.

J'ai observé en même temps des malades dont la pupille artificielle correspondait à l'un de ces trois derniers points, et je suis loin d'avoir des motifs pour établir la préférence en faveur des côtés interne et externe sur le côté inférieur. Je suis même tenté de l'accorder à ce dernier sur les deux autres. Mon but, en pratiquant une nouvelle pupille, est de rendre la vue aussi étendue que possible, c'est-à-dire d'élargir autant que faire se peut le champ de vision de celui que j'opère, dans la sphère de ses occupations. Or, où la personne a-t-elle besoin de voir le mieux? la disposition des yeux nous montre que c'est droit devant elle. Hé bien, j'obtiens cet avantage en établissant la nouvelle pupille vers la partie inférieure et non au côté interne ou externe. Les auteurs nous disent bien que quand la pupille se trouve faite à l'angle interne, l'œil se dirige en dehors pour placer la pupille dans l'axe visuel; que lorsqu'elle se trouve à l'angle externe l'œil se dirige en dedans, mais qu'il doit faire plus d'efforts pour ramener la pupille dans l'axe visuel, parce que la distance est plus grande du côté externe vers le lieu de la pupille naturelle, etc. Tous ces changements de direction du globe de l'œil, sur lesquels on raisonne si facilement, se font bien aussi longtemps que l'attention du malade est fixée sur la direction qu'il doit donner à l'œil; mais comme le plus souvent ces personnes ne songent pas à diriger leur œil du côté opposé à celui où se trouve la pupille artificielle, il se fait que l'œil reste dans sa position naturelle; le malade louche d'un côté ou de l'autre et ne distingue les objets que du côté où se trouve dirigée la pupille. Il suffit d'avoir observé quelques individus opérés de la pupille artificielle pour être convaincu de l'exactitude de ce que je viens d'avancer. Qu'on fasse marcher un homme portant une pupille artificielle à l'angle interne ou externe de l'œil et l'on verra qu'il dirige non pas l'œil, mais la tête du côté opposé à celui où se trouve la pupille, pour placer celle-ci devant lui; ou

bien s'il tient la tête immobile, on verra comment il cognera contre tous les objets qui se trouvent sur son passage devant lui ou du côté opposé à sa pupille. S'il veut regarder un objet qu'il porte en main, ce n'est pas l'œil qu'il dirigera sur l'objet, mais au contraire il dirigera l'objet vers le côté où se trouve la pupille. Qu'on voie à côté de celui-là un homme portant la pupille artificielle au bord inférieur, il ne louchera pas; l'œil conserve sa direction naturelle, seulement il se relève un peu comme lorsque nous regardons un objet à trois ou quatre pas devant nous, ou bien les paupières s'écartent davantage. Le malade voit bien les objets placés devant lui et à côté de lui; il n'y a que ceux placés au-dessus de lui qu'il ne voit que lorsqu'ils sont à une certaine distance, et comme la presque totalité des objets dont l'homme se sert se trouvent en dessous du niveau de ses yeux, il me semble que le dernier se trouve dans une position beaucoup plus avantageuse que les deux autres. Un autre avantage qu'on a en pratiquant la pupille au bord inférieur, c'est que par ce procédé on peut opérer les deux yeux en même temps sans risquer de produire ce strabisme, inévitable par les autres procédés. J'ai pratiqué plusieurs fois l'opération par préférence à la partie inférieure de l'iris, et je n'ai jamais eu à regretter de l'avoir faite dans ce lieu.

V. *Quelles dimensions doit-on donner à la pupille artificielle?*

L'ouverture artificielle doit toujours être un peu plus grande que la dimension moyenne de la pupille naturelle. Elle peut occuper un tiers de la largeur de l'iris; du reste je préfère la faire un peu trop grande que trop petite, car le seul inconvénient d'une pupille trop large, serait de laisser pénétrer une trop grande quantité de lumière dans le fond de l'œil, et d'occasionner à l'opéré un peu d'éblouissement ou un léger trouble de l'acte de la vision; accidents auxquels on remédie facilement en faisant porter au malade un garde-vue ou des verres légèrement colorés en bleu ou en vert. Si au contraire la pupille est trop petite, avec la circonstance que les bords de l'ouverture se resserrent toujours de manière à diminuer après un certain temps la largeur de l'ouverture, il faut peu de chose pour l'effacer complétement, comme il se fait presque toujours entre les bords de

la nouvelle pupille par suite de l'inflammation qui s'y développe une exsudation plastique qui rétrécit encore l'ouverture, il n'est pas rare de voir en peu de temps la nouvelle pupille entièrement oblitérée. Et qu'on ne croie pas que cet accident soit de peu d'importance, qu'il ne s'agit que de recourir à une seconde opération pour faire disparaître à son tour cette espèce de fausse membrane qui est venue boucher la nouvelle ouverture à peine formée. Ces fausses membranes se laissent fort difficilement saisir par les pinces ou les crochets, ou elles se déchirent au moindre contact, de sorte qu'on a souvent une peine extraordinaire pour les enlever. Enfin lorsqu'on croit les avoir fait disparaître, on a laissé quelques petits débris à différents points du bord pupillaire qui contractent rapidement des adhérences entr'eux, et qui pourraient ainsi toujours se renouveler après chaque tentative qu'on ferait pour les faire disparaître. Tels sont les motifs pour lesquels je crois qu'il est toujours préférable de faire l'ouverture pupillaire plutôt un peu trop grande que trop petite.

Pronostic de l'opération.

Malgré que dans les chapitres précédents, je me sois élevé contre l'exagération des dangers dont nous effraient la plupart des auteurs, parce que dans ma pratique je n'ai rien rencontré qui justifiât cette crainte, je suis cependant loin de regarder l'opération de la pupille artificielle comme une opération peu grave et de nature à être traitée avec légèreté; au contraire je la regarde comme une des plus délicates et souvent des plus difficiles qu'on exécute sur le corps humain. Quoiqu'il soit rare de voir survenir des accidents graves, je les regarde cependant comme possibles, et je me comporte en conséquence; je ne néglige jamais et j'engage fortement tous ceux qui pourraient un jour entreprendre cette opération à ne jamais négliger aucune précaution pour prévenir les accidents qui pourraient survenir, à toujours se comporter comme si des accidents étaient imminents. Pour établir le pronostic dans ces cas, on ne doit jamais perdre de vue 1° que dans l'opération on bles e divers tissus dont l'inflammation n'est pas sans gravité; 2° que cette opéra-

tion se pratique généralement sur des yeux qui ont antérieurement souffert soit d'inflammations plus ou moins vives, soit de blennorrhées, et que ces maladies laissent toujours après elles une forte prédisposition aux récidives; 3° que dans les cas d'oblitération complète de la pupille il est impossible de porter un jugement sur l'état des parties internes de l'œil; 4° que cette opération se pratique souvent sur des yeux dont le cristallin a disparu, soit qu'on l'ait extrait ou déplacé antérieurement; 5° que, presque toujours, la nouvelle ouverture pupillaire est placée hors de l'axe visuel, circonstances qui font que rarement après l'opération de la pupille artificielle, la vue se trouve rétablie aussi complétement qu'elle l'est par exemple après l'opération de la cataracte, quand celle-ci est couronnée de succès; 6° que souvent elle est accompagnée de grandes difficultés dans son exécution, soit à cause des mouvements convulsifs de l'œil, soit à cause de l'épanchement de sang qui se fait dans la chambre antérieure dès que l'iris est entamée, qui empêche souvent l'opérateur de voir ce qu'il fait, et le force dès lors de continuer l'opération au hasard en quelque sorte.

Ces différentes considérations suffiront, je pense, pour faire sentir toute la gravité de cette entreprise et pour faire connaître quels résultats on peut en attendre. Aussi doit-on être très-circonspect en portant un pronostic sur les résultats probables de cette opération. Il est des cas où le malade peut se regarder comme très-heureux en recouvrant assez la vue pour se conduire et reconnaître les objets d'une grande dimension; il en est d'autres où la vision se rétablit assez bien pour permettre aux malades de travailler; il en est enfin, mais le nombre n'en est pas grand, où, après l'opération, le malade est en état de lire et d'écrire.

Après avoir considéré les chances de l'opération en général, il est bon de régler son pronostic d'après les cas particuliers et individuels sur lesquels on est appelé à prononcer.

Le pronostic dans ce cas devra varier d'après:

1° La cause qui a produit la lésion réclamant l'opération. Plus la maladie aura été violente et profonde, et plus le pronostic sera fâcheux.

2° La nature de la lésion qui provoque l'opération. Sous ce rapport, le pronostic est comparativement meilleur, lorsqu'elle est instituée pour une opacité centrale de la cornée, avec ou sans synéchie, mais laissant toujours une partie du bord pupillaire libre.

3° L'étendue des lésions qui nécessitent l'opération. Le pronostic sera d'autant plus favorable qu'il restera une plus grande portion de la cornée conservant sa transparence. Lorsque l'opacité occupe les 2/3 ou les 3/4 de la cornée, alors le succès devient douteux.

4° Le lieu où l'on devra établir la nouvelle pupille, et d'après ses dimensions. Le pronostic sera d'autant plus avantageux que la pupille pourra être plus rapprochée du centre de l'iris. Il deviendra de plus en plus défavorable, à mesure que l'on sera obligé de la pratiquer plus vers le bord de l'iris. De même il sera plus favorable lorsqu'on pourra pratiquer une pupille large que lorsqu'elle ne pourrait qu'être étroite, car comme nous avons eu l'occasion de le dire, ces pupilles de petite dimension se rétrécissent et s'effacent complétement et cela assez facilement.

5° Le pronostic de cette opération dépend encore du procédé opératoire qu'on choisit ou qu'on est obligé d'employer ; plus la lésion que l'on est obligé de produire à l'iris sera nette, et plus le pronostic sera avantageux. Le procédé par excision ou l'irisectomie devra donc sous ce rapport autant que possible être préféré aux autres.

Après ces considérations générales sur la corémorphose, les altérations qui la réclament, les circonstances qui la facilitent, celles qui lui sont contraires, le lieu où l'on doit la pratiquer de préférence, les dimensions qu'il convient de donner à l'ouverture artificielle, les résultats généraux qu'on doit en attendre, nous allons faire connaître les différentes méthodes opératoires imaginées pour la mettre à exécution.

MÉTHODES OPÉRATOIRES IMAGINÉES POUR PRATIQUER L'OPÉRATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE.

La première idée de la formation d'une pupille artificielle revient sans contredit à *Thomas Woolhouse* (1), médecin oculiste de Jacques II, roi d'Angleterre. Dans les cas de rétrécissement de la pupille naturelle, rebelle aux moyens ordinaires, Woolhouse conseillait de faire pénétrer par la sclérotique et la chambre postérieure une aiguille à cataracte de la même manière qu'on le fait pour la dépression du cristallin, de pousser l'instrument à travers la pupille rétrécie, et de l'inciser dans tous les sens.

Cette idée fut réalisée par son élève *Cheselden*, qui, en 1728, pratiqua avec succès le premier l'opération de la pupille artificielle sur un garçon de 14 ans, aveugle de naissance; plus tard on a pensé d'exciser une portion de l'iris, ou de décoller seulement une partie de sa circonférence, ou encore d'agrandir en l'allongeant la pupille naturelle; enfin on a cru qu'il serait possible d'ouvrir un passage à la lumière au moyen d'une perte de substance faite à la sclérotique ou à la cornée. Ainsi on compte actuellement six méthodes principales pour pratiquer l'opération de la pupille artificielle, auxquelles, suivant le but qu'elles ont pour objet, on a donné les noms d'*iridotomie, iridectomie, iridodialysis, iridoparelkysis, scleroticectomie* et *keratectomie*, que nous allons successivement faire connaître.

I. FORMATION DE LA PUPILLE ARTIFICIELLE PAR INCISION DE L'IRIS. IRIDOTOMIA, COROTOMIA, CORETOTOMIA.

Cette méthode, qui consiste à inciser l'iris, est la plus ancienne; elle fut bientôt pratiquée de différentes manières, soit en introduisant l'instrument au moyen duquel on incisait cette membrane à travers la sclérotique, soit à travers la cornée, suivant qu'on avait pour but de faire une incision simple ou une incision composée. De là des subdivisions.

(1) CHRIST, FRIDER. FRAAS. *Dissertatio de pupillæ phthisi et synizesi*, *in Haller. Disputat. chirurg.* Tom. I.

a. *Iridotomie à travers la sclérotique. Sclerotico-iridotomia.*

Comme *Cheselden* n'a pas donné de description exacte de sa méthode opératoire, les opinions se trouvent partagées sur la manière dont il a pratiqué l'iridotomie. On admet généralement qu'il incisait l'iris en introduisant son instrument à travers la chambre postérieure.

Schréger revoque en doute si c'est bien par la chambre postérieure que Cheselden faisait pénétrer son instrument; mais les expressions de *Sharp* (1), son élève, en parlant de la méthode opératoire de son maître, sont trop claires pour qu'il reste le moindre doute à cet égard. Sharp dit que Cheselden introduisait son instrument dans l'œil au même point où on l'introduit pour l'opération de la cataracte par dépression; comme à cette époque on ne déprimait pas encore la cataracte à travers la cornée, mais bien par la sclérotique, à une ligne du bord de la cornée, il n'y a pas le moindre doute pour moi que ce ne soit par la sclérotique que Cheselden opéra.

Voici, au reste, l'opinion la plus probable et la plus généralement admise sur le procédé de Cheselden.

Il introduisait son couteau à lame déliée et à un seul tranchant dans l'œil, à travers la sclérotique, au lieu où l'on introduit l'aiguille pour l'opération de la cataracte par dépression; puis, tenant le plat de son instrument horizontalement de manière à ce que le dos ou le bord non tranchant fût dirigé vers la cornée et son tranchant en arrière, il le faisait pénétrer dans la chambre antérieure, entre la partie externe de la circonférence de l'iris et le ligament ciliaire; alors, appliquant le tranchant à la face antérieure de cette membrane, il la coupait en travers en retirant l'instrument dans les deux tiers de sa largeur environ (2).

L'imperfection de la méthode de Cheselden et les accidents auxquels son application donna souvent lieu excitèrent contre elle un grand nombre d'adversaires, qui la firent tomber, pen-

(1) Sharp. *Treatise on the operat of surgery*. London, 1739, p. 166.

(2) *Anatomy of human body*, appendix de la 4e édition. London, 1732, p. 19. *Philosoph. transact.*, v. 1735, p. 451 et *Éloge de Cheselden,* par Morand. *Mémoires de chirurgie,* tome III.

dant quelque temps, dans l'oubli, jusqu'à ce que W. Adams la remit au jour.

W. Adams pratiqua, dans le principe, l'opération de la pupille artificielle tout à fait de la même manière que l'inventeur, avec la seule modification qu'il divisait en même temps le cristallin dont il amenait les fragments dans l'ouverture artificielle où il les laissait jusqu'à ce que ses lèvres fussent cicatrisées. Plus tard il adopta un petit couteau de 8 lignes de longueur sur 1 ligne de largeur ; portant à son extrémité deux tranchants dont l'un, droit, se confond avec le dos de l'instrument à peu de distance de sa pointe, et dont l'autre, convexe, s'étend à toute la longueur de la lame. Il se sert de cet instrument absolument comme Cheselden de son couteau. Dans les cas d'opacité presque complète de la cornée, il fait pénétrer l'instrument en haut et en dedans et fait dans l'iris une incision (1) verticale.

Adams ne fut pas le seul qui pratiqua l'Iridotomie par la sclérotique, elle fut également exécutée par Weinhold, Lusardi et Baratta.

Weinhold (2). Avec un instrument particulier qui représente, étant fermé, une aiguille, à cataracte, et étant ouvert, des ciseaux, qu'il nomme *ciseaux-aiguille à cataracte* (Staarnadelscheere), pénètre par une ponction dans la chambre postérieure, puis ouvrant l'instrument et le faisant agir à la manière des ciseaux, il incise l'iris verticalement ou transversalement et enfin refermant l'instrument pour en former une aiguille, il s'en sert pour déprimer le cristallin.

Lusardi (3) procéda de la même manière que le fit Adams dans le commencement.

Baratta (4) se sert d'une aiguille en fer de lance qu'il pousse à travers la sclérotique au lieu d'élection pour l'opération de la

(1) *Practical observ. on ectropion, etc.* London, 1814; et *Treatise on artific. pupill.* London, 1819. *Himly's biblioth. fur ophthalm.* Tom. I, 1. 1816, item *Langenbeek neue biblioth.* I, 2. 244.

(2) *Anleitung den verdunkel krystalkoipez mit sei ner kopsel umzulegen elleisen*, 1809 et *Langenbeek's biblioth.* III. 1. 137.

(3) *Salsburg. Zeit.* IV. 1820, p. 104.

(4) BARATTA. *Osservazioni pratiche sulle principale mallatie degli occhi.* Milano, 1818.

cataracte et à l'aide de laquelle il commence par faire à l'iris une incision verticale sur l'extrémité de laquelle il conduit une incision horizontale de manière à détacher un lambeau angulaire dont le sommet est tourné vers le centre de l'iris et qui en se retirant par sa base, laisse libre une ouverture triangulaire destinée à livrer passage aux rayons lumineux.

6° *Iridotomie à travers la cornée. Kérato-Iridotomia.*

Un grand nombre d'essais d'iridotomie tentés sans résultat par la sclérotique, décidèrent de bonne heure les chirurgiens à y renoncer. Un des premiers perfectionnements qu'on apporta à l'iridotomie fut de transférer le point d'introduction des instruments de la sclérotique à la cornée. Cette modification obvia à quelques-uns des nombreux inconvénients qu'on avait reconnus au procédé par la sclérotique. On proposa, en peu de temps, un nombre considérable de procédés divers qu'on peut diviser en deux classes, savoir : en iridotomie avec simple ponction de la cornée et iridotomie avec incision de cette dernière membrane.

α.) Kérato-iridotomie par ponction de la cornée.

Richter (1) se sert du couteau de Cheselden pour arriver par la cornée dans la chambre antérieure et pratiquer, suivant les cas, une incision verticale, ou une incision horizontale. Quand il existe un leucôme au centre de la cornée, il fait pénétrer le couteau à travers la partie opaque.

Beer (2) dans le principe pratiqua aussi l'iridotomie. Il se servit d'un couteau en forme de lancette élargie à son extrémité. Il incisait d'un seul coup la cornée et l'iris, obliquement de haut en bas ; de manière que l'incision de l'iris devait correspondre à une portion transparente de la cornée, l'opacité de celle-ci étant comprise dans le lambeau.

Quand il s'agissait d'une déviation ou d'un déplacement de la pupille, par suite d'une synéchie antérieure et non d'une véritable occlusion, Beer, après avoir percé la cornée, se bornait à détruire les adhérences et rétablissait ainsi la pupille anormale dans son état naturel.

(1) *Anfangsgründe der wundarzneikunst*, III. Bd. § 377 et 78.
(2) *Lehrbuch der augenkrankheiten*, Wien. 1792, tom. II, p. 10.

Flajani (1) se sert d'une aiguille ordinaire, tranchante sur ses deux bords, à l'aide de laquelle il fait une ponction à la cornée, puis une incision cruciale dans l'iris.

Montain (2) se sert de ciseaux qui, lorsqu'ils sont fermés, représentent la forme d'un couteau à cataracte de Daviel, mais dont les deux lames ont leurs bords tranchants en dehors. L'instrument étant fermé, il le fait pénétrer dans la cornée, puis dans l'iris, et avec ses bords tranchants il incise cette membrane sur les deux côtés.

Langenbeck (3) pratiqua aussi l'iridotomie. Il se servait d'un *couteau-aiguille à cataracte* (Staarnadelmesser) particulier, qu'il faisait pénétrer dans la chambre antérieure jusqu'à la partie interne du grand bord ciliaire de l'iris, et en retirant l'instrument il divisait cette membrane depuis son bord interne jusqu'à l'externe.

Weller (4), après avoir fait au moyen de la pointe d'un couteau à cataracte une ponction dans la cornée, à une demi-ligne de son bord externe, introduisait à travers la plaie une aiguille aplatie et recourbée en forme de crochet, traversait l'iris d'avant en arrière, près de son bord pupillaire, et en retirant l'instrument il pratiquait à cette membrane une grande incision verticale; il replongeait son aiguille dans la plaie, accrochait le cristallin, et, l'attirant à lui en imprimant un mouvement de rotation à l'aiguille, il le plaçait entre les lèvres de la plaie pour les empêcher de se rapprocher.

Benedict (5) fait une ponction dans la cornée et divise l'iris au moyen du couteau à iridotomie de Beer, saisit le bord externe de la plaie de l'iris à l'aide d'un crochet, et l'enclave dans la plaie de la cornée.

β. Kerato-iridotomie par large incision de la cornée.

(1) COLLEZ. *Di osservazioni*, tom. IV, p. 129. Item, DELARUE. *Cours des maladies des yeux*. Paris. 1820.

(2) WENZEL. *Ueber den zustandder augenheilkunde in frankreich*. Nürnberg. 1815, § 124.

(3) *Neue bibliothek*. I. 2. § 256, fig. II.

(4) *Ueber kunstlich. pupill. und eine besondere methode diese zu ferdegen*. Berlin. 1821.

(5) *Handbuch der pratisch. augenheilk*. Leipsic, 1824. Bd. III, p. 317.

Guérin (1), afin d'éviter le rapprochement des bords de la pupille artificielle qui s'effectue, presque toujours, quand on la pratique par la méthode de Cheselden, imagina le premier de substituer à l'incision simple de l'iris une incision composée.

Après avoir, au moyen d'un couteau à cataracte, détaché d'abord un segment inférieur de la cornée, il introduit dans la chambre antérieure un petit couteau bien tranchant, à l'aide duquel il fait dans l'iris une incision cruciale, par laquelle il prétend avoir obtenu une pupille passablement ronde.

Heuermann (2) se servait d'une lancette à deux tranchants avec laquelle il traversait la cornée et incisait l'iris; il agrandissait l'ouverture en retirant l'instrument.

Reichenbach (3) se sert du couteau à cataracte pour faire à la cornée une incision semi-circulaire, mais moins étendue que celle qui est nécessaire pour l'extraction de la cataracte; puis il porte dans la plaie une aiguille à dépression et incise l'iris à peu près verticalement.

Dohelius (4) après avoir incisé la cornée comme pour l'extraction de la cataracte, fendit l'iris du centre à la circonférence, chez un sujet dont la cornée était opaque au niveau de la pupille, d'ailleurs fortement rétrécie. Il obtint de cette manière une ouverture triangulaire confondue par sa base avec les restes de la pupille primitive et qui permit à la vision de se rétablir complétement.

Janin (5) croyait que le succès de l'iridotomie dépendait en grande partie de la direction donnée à l'incision, et que par exemple il était nécessaire de couper les fibres rayonnées perpendiculairement à leur longueur afin que les fibres circulaires privées de leurs antagonistes maintinssent par leur contraction la nouvelle pupille ouverte. En conséquence il incisait la cornée

(1) *Traité des maladies des yeux*. Lyon, 1769, p. 235.

(2) *Abhandlung der chirurgische operationen*. Kopenhagen. 1756. II. ch. § 493.

(3) *Cautelæ et observationes circa extractionem cataract. et novam. method. syniz. operand*. Tubing. 1767.

(4) Velpeau. *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Bruxelles, 1832, p. 239.

(5) *Mémoires sur l'œil*. Lyon, 1772.

comme pour pratiquer l'extraction de la cataracte, relevait le lambeau, puis avec la branche aiguë de petits ciseaux courbes, il traversait le côté interne de l'iris à une demi-ligne de distance de la pupille, et faisant agir l'instrument il pratiquait dans l'iris une incision semi-lunaire de deux lignes et demie de longueur, perpendiculairement à la direction des fibres rayonnées. Janin extrayait en même temps le cristallin, parce qu'il craignait qu'il ne devint opaque.

Pellier du Quengsy (1) dans un cas de leucôme central, propose d'inciser la cornée dans la partie qui est restée transparente, puis de glisser dans la plaie une sonde cannelée très-fine, destinée à servir de conducteur à des ciseaux et de dilater par leur moyen la pupille naturelle dans un point correspondant à une partie transparente de la cornée, et en se dirigeant de l'angle interne vers l'angle externe de l'œil.

Faure (2) opère à peu près comme Janin, mais il se sert pour inciser l'iris de ciseaux particuliers. Ils ont la forme générale d'une aiguille à cataracte et sont très-déliés et pourvus entre leurs branches d'un ressort qui les maintient ouvertes, et d'une vis qui permet de les tenir fermées ou ouverts à volonté au degré nécessaire.

Maunoir (3) pour exécuter l'opération de la pupille artificielle, a fait construire des ciseaux d'une telle finesse que rien de semblable n'était encore entré dans l'arsenal des chirurgiens. Les lames sont légèrement inclinées vers le manche. La lame supérieure destinée à glisser entre l'iris et la cornée, se termine par un petit bouton; la lame inférieure qui doit traverser l'iris et longer la face postérieure de la cornée est très-acérée. Le volume de ces deux lames n'excède pas celui d'une petite sonde ordinaire. Maunoir fait d'abord une incision dans la cornée, incision qui a la moitié de l'étendue de celle qu'on pratique pour l'extraction de la cataracte, à travers cette ouverture il introduit

(1) *Mémoires et observations sur les maladies de l'œil.* Montpellier, 1783. Item *Bell's wundarznei.* tom. III, p. 441.

(2) *Observation sur une pupille artificielle.* Paris, 1814.

(3) *Mémoire sur l'organisation de l'iris et l'opération de la pupille artific.* Paris. 1812.

les ciseaux dont les lames fermées suivent le diamètre transversal de l'iris, jusqu'à ce que leur pointe atteigne la grande circonférence de cette membrane; il les ouvre alors et leur imprime un mouvement tel que la lame inférieure traverse l'iris et longe sa face postérieure, tandis que la lame boutonnée glisse au-devant de cette membrane, jusqu'à l'union de la sclérotique avec la cornée; il ferme alors l'instrument en incisant transversalement l'iris. Il fait ensuite une seconde incision qui tombe à angle aigu sur la première et circonscrit avec elle un petit lambeau triangulaire de l'iris, lambeau dont le sommet doit correspondre à la partie moyenne de cette membrane, et sa base à sa circonférence. Maunoir prétend que le sommet de ce lambeau triangulaire de l'iris se retire vers sa base en 5 à 6 jours.

Heiberg (1) se sert d'un instrument qui ne diffère du crochet de *Beer* qu'en ce que l'extrémité crochue de ce dernier est remplacée par un petit couteau falciforme, long d'une ligne, à dos convexe et à tranchant concave. On introduit cet instrument par l'ouverture faite avec un tératotome à la partie externe de la cornée; puis on le fait avancer dans la chambre antérieure, jusqu'à une ligne du bord ciliaire interne de l'iris; en enfonçant alors la pointe dans cette membrane et en retirant l'instrument, on incise l'iris jusqu'à une ligne du bord ciliaire externe.

Velpeau (2) se sert d'un couteau à cataracte de la forme de la lancette *à langue de serpent :* Il perce la cornée comme pour faire l'extraction de la cataracte; mais arrivé dans la chambre antérieure l'instrument est enfoncé à travers l'iris, qu'il traverse de nouveau d'arrière en avant après un trajet transversal de deux à trois lignes; alors l'opérateur continue de pousser l'instrument jusqu'au point de percer la cornée, jusqu'à ce que l'espèce de bride qui sépare les deux plaies de l'iris soit complétement divisée.

Carron du Villards (3) a adopté le procédé de Maunoir, mais

(1) *Commentotio de coremorphosi,* auctore Ch. Heiberg. Christianiae, 1819. nº 261. (*Encyclograp. des scienc. médical.* 2e série, tom. XIX, p. 228.)

(2) *Nouveaux éléments de médecine opératoire.* Bruxelles, 1832, p. 240.

(3) *Considérations pratiques sur quelques points en litige concernant l'opération de la pupille artificielle.* Journal des conn. méd. pratiques. 1834.

il le pratique avec des ciseaux beaucoup plus déliés, dont les branches sont dépourvues d'anneaux, et ressemblent à ceux des couteaux à cataracte ordinaires, et dont les lames sont tenues écartées au moyen d'un ressort placé entre les branches.

L'auteur voit dans cette modification le double avantage d'agir plus librement, les instruments occupant moins d'espace, et de pouvoir présenter les ciseaux plus facilement dans toutes les directions nécessaires, les doigts n'étant pas embarrassés dans les anneaux.

II. Formation de la pupille artificielle par excision d'une portion de l'iris. Iridectomia, corectomia, corenectomia, coretonectomia.

Le peu de succès que généralement on obtient par la simple incision de l'iris et, peut-être, le hasard conduisirent à la découverte d'une seconde méthode, qui consiste à exciser une portion de l'iris.

On attribue généralement la découverte de cette méthode à Guérin, qui pratiquait la pupille artificielle en faisant une incision cruciale dans l'iris, et qui selon quelques écrivains, excisait ensuite les quatre lambeaux résultant de cette incision. J'ai parcouru son traité des maladies des yeux, j'ai trouvé qu'il conseille uniquement l'incision cruciale et qu'il ne fait aucune mention de la résection des lambeaux; de manière que c'est une erreur de lui attribuer cette découverte.

La première idée de la formation d'une pupille artificielle par résection d'une portion de l'iris, revient à *Reichenbach* (1) qui, dans les cas où l'incision de l'iris ne suffisait pas pour procurer un libre passage aux rayons lumineux, conseillait d'enlever un morceau circulaire de l'iris, au moyen d'une espèce d'emporte-pièce.

Le premier qui exécuta réellement cette méthode fut *Wenzel* père. C'est donc à lui que revient l'honneur de cette découverte à laquelle il fut conduit par le hasard, qui lui fit exciser une portion d'iris pendant qu'il exécutait une extraction de cataracte sur un œil dont la chambre antérieure était très-étroite.

(1) Reichenbach. Loc. citato.

On a divisé en classes les différents procédés imaginés pour établir une pupille artificielle par excision d'une portion de l'iris, qui sont : *l'iridectomie par la chambre antérieure, l'iridectomie par la chambre postérieure et l'iridectomie par les deux chambres.*

1° *Iridectomie par la cornée.*

α. *Dans la chambre antérieure.*

Wenzel (1) plonge le cerototome dans la cornée en lui donnant la même direction que pour l'extraction du cristallin. Quand la pointe a pénétré dans la chambre antérieure, et qu'elle est arrivée à peu près à une demi-ligne de l'endroit où devrait se trouver la pupille naturelle, il élève la main, et par ce mouvement elle s'enfonce dans l'iris; il plonge l'instrument dans ce diaphragme l'espace d'une 1/2 ligne; puis, par un mouvement opposé au premier, il redresse la lame et la pointe alors pénètre dans cette membrane à environ 3/4 de ligne de l'endroit de sa première immersion; on continue l'incision de la cornée comme dans l'opération de la cataracte.

Quand ces incisions sont terminées, il introduit par l'ouverture faite à la cornée des ciseaux très-fins, au moyen desquels il saisit le lambeau formé dans l'iris et l'enlève d'un seul coup.

Sabatier (2) fait d'abord une incision dans la cornée, comme pour l'extraction de la cataracte, puis fait soulever par un aide le lambeau de la cornée, au moyen d'une curette de Daviel, saisit le milieu de l'iris à l'aide d'une pince, tire cette membrane en avant, et avec des ciseaux courbes il coupe toute la portion saisie.

Forlenze (3) exécute l'opération de la même manière que Wenzel. Il en diffère seulement en ce qu'il saisit l'iris au moyen d'une pince dont les extrémités sont armées de petits crochets; le tire en avant, et en excise une partie au moyen de ciseaux droits. Comme Wenzel il extrait le cristallin et sa capsule à travers cette nouvelle pupille.

(1) *Manuel de l'oculiste*, tom. I, p. 139.
(2) SABATIER. *Médecine opératoire*, vol. III.
(3) *Considérations sur l'opération de la pupille artificielle.* Strasbourg, 1805, in-4°.

Demours (1) fait, près de la sclérotique à la partie de la cornée restée intacte, une incision de 3 lignes environ de longueur, avec un bistouri à cataracte. Il porte verticalement à travers cette ouverture des ciseaux à branches courbées très-déliées, tranchantes des deux côtés, dont l'une est plus courte que l'autre. Leurs pointes traversent l'iris; ce premier mouvement exécuté, il fait faire à la branche supérieure, qui est la plus longue, un mouvement horizontal. Dans cette position il rapproche les branches et du même coup il fait la résection de l'iris.

Arnemann (2) voulut, au moyen de ciseaux courbes et creux, faire l'excision d'un morceau rond de l'iris.

Travers (3) paraît avoir opéré deux fois d'après ce procédé.

Mülder (4), après avoir fait le lambeau de la cornée, pratique, au moyen de ciseaux, une incision cruciale dans l'iris, et fait successivement avec ces mêmes ciseaux la résection des quatre petits lambeaux. Il fait ensuite l'extraction du cristallin. On voit que Mülder pratique l'opération de la manière qu'on a prétendu que Guérin la faisait.

Weinhold (5) opère l'iridectomie de deux manières. Tantôt il se sert de ses *ciseaux-aiguille à cataracte,* pour faire à l'iris une perte de substance sémi-lunaire; tantôt, lorsque la flaccidité de l'iris est trop considérable pour permettre cette excision, il se sert de sa *pince-aiguille* (Staarnadelpinzette). Avec la branche fixe de l'instrument il traverse l'iris; puis, rapprochant la branche mobile de celle-ci, il saisit la portion comprise entre les deux, roule l'instrument sur lui-même, pour entortiller l'iris autour de celui-ci, l'attirer au dehors et l'exciser.

Kunstmann (6) forma un seul instrument en réunissant le crochet de Beer pour saisir l'iris, aux ciseaux pour exciser une portion de cette membrane. Par cette combinaison il construisit

(1) *Traité des maladies des yeux.* Paris, 1818, tom. I, p. 549.

(2) *System der chirurgie,* tom. II, p. 199

(3) GUTHRIE. *Treatise on the operat. for the formation of an artificial pupill.* London, 1819, p. 20.

(4) WACHTER. *De pupill. artificial.* Groning. 1810.

(5) *Ideen uber die abnorme metamorphos der higmorshöhle.* Leipsic. 1810, vorrede, p. XV.

(6) GRAEFE und V. WALTHER. *Journal.* Bd. I, heft 3, p. 519.

ses *ciseaux à crochet* (*Haakenscheere*), pour l'exécution de l'iridectomie.

Reisinger (1) a construit un instrument sur le même plan : ce sont des ciseaux attachés à un double crochet mobile.

Les ciseaux à crochet de Reisinger qui ressemblent à des ciseaux ordinaires, sont garnis à l'une des branches d'une petite vis pour les ouvrir à volonté à des distances différentes, et les maintenir éloignées au degré voulu : à l'autre branche se trouve un double crochet mobile.

Après avoir fait l'incision de la cornée, Reisinger introduit son instrument, les crochets ouverts dans la chambre antérieure, saisit l'iris, ouvre les ciseaux, retire alors les crochets en arrière pour placer la portion de l'iris saisie entre les branches des ciseaux et l'excise en les fermant.

β. Iridectomie par la cornée, l'iris étant attiré au dehors.

Beer (2) eut le premier l'idée d'attirer l'iris au dehors pour en faciliter la résection. Il fit, au moyen d'un couteau à cataracte, une incision de deux lignes d'étendue dans la cornée; puis, avec un petit crochet ou avec une petite pince à mors dentelés, il saisit l'iris à sa partie moyenne, le retira par l'ouverture de la cornée hors de la chambre antérieure, et, au moyen des ciseaux de Daviel, il excisa tout près de la cornée toute la portion faisant prolapsus.

Benedict (3) exécute l'iridectomie de la même manière que Beer; il conseille de faire porter l'incision jusque dans le bord de la sclérotique, et cela surtout dans les cas où il ne reste qu'une petite partie de la cornée qui ait conservé sa transparence, où l'on doit surtout éviter de blesser la cornée pour prévenir que la partie encore transparente ne se trouble consécutivement.

Gibson (4) fait une incision de 2 à 3 lignes dans la cornée. Il

(1) *Darstellung eines neuen verfahrens die mertdarmoerfestel zu unterbinden, etc.* Augsb. 1816, und *dessen hakenscheere in den baeerischen Annalen.* B. I, § 1, p. 121.

(2) *Ansicht der staphylomatoesen metamorphose des auges, etc., etc.* Wien. 1805, p. 114.

(3) *Handbuch der augenheilkunde.* Bd. III, p. 322.

(4) *Observations on the formation of an artificial pupill.* London, 1811.

n'emploie pas, comme Beer et Benedict, un crochet ou des pinces pour retirer l'iris au dehors; il cherche à l'engager entre les bords de la plaie de la cornée, en pressant légèrement le globe de haut en bas avec le doigt jusqu'à ce que l'iris vienne faire hernie à travers la plaie; alors il retranche toute la partie saillante.

Dans les cas d'adhérence de l'iris avec la cornée, il détache les adhérences au moyen de ciseaux particuliers très-déliés; puis il procède comme il vient d'être dit.

Si à l'aide de la pression il ne réussit pas à produire un prolapsus de l'iris, alors il introduit un crochet ou une petite pince et termine l'opération de la même manière que Beer et Benedict.

Von Walther (1) opère de la même manière que Gibson; il fait une incision de 2 1/2 lignes dans la cornée, et attend que par l'écoulement de l'humeur aqueuse l'iris vienne de lui-même se présenter entre les lèvres de la plaie; au besoin il cherche à augmenter le prolapsus en retirant davantage l'iris au moyen de pinces.

2° *Iridectomie par la chambre postérieure.*

Riecke (2) a le premier donné l'idée de cette méthode d'opérer la pupille artificielle; je ne pense pas qu'on l'ait pratiquée sur le vivant. Il conseille de faire une ponction dans la sclérotique, au moyen d'une aiguille en fer de lance, d'introduire par cette ouverture dans la chambre postérieure un instrument analogue aux *ciseaux-aiguille* de Roembold ou de Kunstmann, mais bombé sur son plat; de déprimer le cristallin au moyen de l'instrument fermé; de saisir une partie de l'iris entre les branches des ciseaux en exerçant une légère pression sur la cornée, et de l'exciser.

Riecke prétend que ce procédé est indiqué dans les cas d'adhérence de l'iris avec la capsule du cristallin, et où l'œil se trouve dans un état d'inflammation sourde, qui pourrait provoquer des accidents graves à la suite de l'extraction de la cata-

(1) *Slagintweil über den gegenwaertigen zustand der künstlichen pupillen bildung in deutschland.* München, 1818.

(2) Mosnet. *Dissertat. de conformatione pupillae artificialis.* Tubing. 1823, p. 17 et 36.

racte. Il le conseille également lorsque la chambre antérieure est trop étroite.

Giorgi d'Imola (1) a appliqué à l'opération de la pupille artificielle l'instrument dont il se sert pour abaisser le cristallin. Il est composé de deux aiguilles d'inégale longueur, terminées en fer de lance, et appliquées l'une à l'autre, mais qui peuvent être écartées à un certain degré par l'action d'un petit ressort à bascule, de manière à représenter une pince à mors plats.

L'instrument étant introduit fermé, à travers la sclérotique, et conduit jusqu'à la partie supérieure et interne de l'iris, on le pousse et l'on traverse cette membrane avec la pointe de la branche la plus longue. On fait alors agir le ressort pour écarter les aiguilles et l'on pousse de nouveau pour perforer l'iris avec la branche la plus courte à quelque distance du point où la première aiguille l'a d'abord traversé. Pressant alors sur le manche de haut en bas, on divise la membrane suivant la même direction, puis on abandonne la bascule. Les lames en se rapprochant saisissent la portion d'iris comprise entre les deux incisions, et il suffit d'imprimer à l'instrument un mouvement de torsion pour la séparer complétement.

3° *Iridectomie à travers la cornée et la sclérotique en même temps.*

Müter (2) fait, au moyen d'une aiguille très-fine à dépression, une ponction dans la sclérotique tout près du bord de la cornée; après avoir retiré son aiguille, il introduit par cette ouverture la branche mousse de ses *ciseaux à iris*, dans la chambre postérieure, tandis qu'avec la branche terminée en fer de lance il traverse la cornée dans un point rapproché de celui où la sclérotique est percée, pour pénétrer dans la chambre antérieure, de manière que l'iris se trouve placé entre les deux branches ouvertes de ses ciseaux. Il avance les ciseaux, ainsi ouverts, jusqu'au bord de la pupille, les dirige en bas et divise l'iris de sa grande circonférence au centre; cette incision est dirigée de haut en bas. Il ouvre de nouveau les ciseaux, les dirige alors en

(1) *Memoria sopre un nuovo instrumento per operare la cataratte et per formare la pupilla artificiale.* Smola, 1822. In-8°.

(2) *Muter on cataract. and. artificial. pupil.* London. 1811.

haut et fait une incision semblable dans cette direction. Après avoir retiré les ciseaux, il ramène ce lambeau triangulaire de l'iris au dehors de l'œil, au moyen d'un crochet, et en fait la résection.

III. Formation de la pupille artificielle par décollement de la grande circonférence. Iridodialysis, corodialysis, corédialysis, corétodialysis.

Deux chirurgiens célèbres, *Scarpa* à Pavie et *Ad. Schmidt* à Vienne, proposèrent, en même temps, une nouvelle méthode de pratiquer la pupille artificielle, toute différente des procédés qu'on avait mis en usage jusqu'alors.

L'un et l'autre avaient eu l'occasion d'observer l'union peu intime de l'iris avec le corps ciliaire, et de remarquer avec quelle facilité survenait le décollement de ces deux organes, par suite de commotion de l'œil, ou dans l'opération de la cataracte, et qu'il se formait entre ce ligament et le bord ciliaire de l'iris une ouverture perméable à la lumière, disposée de manière à pouvoir servir à la vision. L'observation de ce fait les conduisit à tenter le décollement de l'iris pour la formation d'une nouvelle ouverture pupillaire. Cette méthode fixa au plus haut degré l'attention des ophthalmologues; elle fut généralement approuvée et ne tarda pas à subir de nombreuses modifications.

Les différents procédés *d'iridodialysis* se divisent en plusieurs classes savoir. 1° En décollement simple de l'iris, α. par la sclérotique, β. par la cornée; 2° en décollement de l'iris et enclavement d'une partie de cette membrane dans la plaie (Iridoencleisis), α. dans la cornée, β. dans la sclérotique; 3° En décollement de l'iris avec incision de la portion décollée; 4° Enfin en iridodialysis avec excision de la partie détachée. *Iridectomedialysis.*

1° *Le décollement simple de l'iris. Iridodialysis.*

α. *Par la sclérotique.*

Scarpa (1) se sert d'une aiguille fine un peu plus recourbée qu'une aiguille à cataracte ordinaire. Il introduit son instrument

(1) *Traité des maladies des yeux*, par Scarpa. 1re édition, traduit par Leveillé. 1801.

par la sclérotique dans la chambre postérieure, comme pour la dépression du cristallin. Il pousse son aiguille jusqu'au bord interne de l'iris; puis, dirigeant la pointe en avant, il perce cette membrane vers son bord ciliaire et détache à peu près le tiers de l'iris de son union au cercle ciliaire, en imprimant à son instrument des mouvements de haut en bas et de dedans en dehors.

Plus tard il pratiqua le même procédé par la chambre antérieure à travers la cornée.

Ad. Schmidt (1) fit cette opération en pratiquant une incision dans la cornée puis il alla saisir l'iris au moyen de pinces pour le détacher du cercle ciliaire. Plus tard il modifia son procédé et opéra de la même manière que Scarpa : il introduisit une aiguille courte légèrement recourbée, à travers la sclérotique dans la chambre postérieure, perça l'iris à 1/4 de ligne de son bord ciliaire et fit de légers mouvements jusqu'à ce que l'iris fut détaché.

Léveillé (2) opère absolument de la même manière, il propose cependant de déprimer le cristallin au moyen de l'aiguille avant de détacher l'iris.

Himly (3) dans les cas où la chambre antérieure est très-étroite, introduit une aiguille courbe à travers les sclérotiques dans la chambre postérieure, perce l'iris à sa partie moyenne; de manière que la pointe arrive dans la chambre antérieure; il fait alors exécuter à son aiguille un mouvement de rotation de manière que la surface convexe de l'aiguille se trouve dirigée en avant et la pointe en arrière vers l'iris, traverse une seconde fois cette membrane, près de son bord ciliaire, de manière à le saisir solidement et à le détacher en faisant de légères tractions.

Dans les cas où la cornée se trouve opaque à sa partie interne, et où par conséquent la pupille doit être pratiquée à l'angle externe, Himly opère de la même manière par-dessus le nez. Il se sert d'une aiguille dont la tige est arquée de manière à s'accom-

(1) *Ueber pupillenbildung in der ophthalmol. biblioth.* von Himly und Schmidt. Jena. 1804. B. II, s. 1.

(2) LEVEILLÉ. Traduction de Scarpa.

(3) *Ophthalmol. biblioth.* B. II. st. 1, p. 48, et B. III, st. 1. 2, p. 160.

moder à la saillie du nez. Dans les cas où l'iris est situé très-près de la cornée et où il serait difficile d'exécuter l'opération sans léser la cornée, Himly conseille de pratiquer l'opération en deux temps; il commence par déprimer le cristallin il attend pendant quelques jours, jusqu'à ce que la chambre antérieure se soit remplie d'humeur aqueuse; alors seulement il pratique l'iridodialyse.

Riecke (1) fait une incision dans la sclérotique au moyen d'un couteau à cataracte, puis introduit par la plaie une aiguille courbe qu'il dirige à travers le corps vitré le long de la surface postérieure du cristallin, jusqu'au bord ciliaire de l'iris, qu'il détache en faisant exécuter à l'aiguille de légers mouvements dirigés de haut en bas; lorsqu'il existe une cataracte adhérente Riecke recommande de la déprimer mais de laisser exister l'adhérence à la partie inférieure, afin que par son poids elle empêche la pupille de se fermer.

β. Par la cornée.

Beer, Schmidt, Himly et plusieurs autres avaient déjà essayé de pratiquer l'iridodialyse au moyen d'une aiguille en pénétrant par la cornée. C'est Bouzel qui le premier régularisa cette méthode.

Bouzel (2) incisait la cornée près de son bord externe au moyen d'un couteau à cataracte; il introduisait par la plaie un crochet délié avec lequel il saisissait l'iris à son bord ciliaire interne et le détachait de cette manière du ligament ciliaire.

Frattini (3) au moyen d'une aiguille qu'il introduit par la cornée, cherche non à détacher l'iris mais à le déchirer par des mouvements de haut en bas qu'il fait exécuter à son instrument, et qu'il cherche à faciliter en fixant le globe de l'œil au moyen du doigt.

Foché-Couléon (4) introduit une aiguille de Scarpa dans un

(1) MOESNER. *Dissertat. de conformat. pupill. artificial.* Tubing. 1823, p 22.

(2) HUFELAND und HARLES *Journal fur praetisch. heilkunde.* St 1. januar. 1815.

(3) *Sulla maniera di formari la pupill. artific.* Parmo, 1816.

(4) *Dissertation sur les pupill. artific.* Strasbourg, 1803.

lieu opposé à celui où doit se trouver la pupille; il perce la cornée et l'iris en même temps, pénètre alors dans la chambre postérieure jusqu'au bord opposé de l'iris, où il pratique une pupille artificielle d'après le procédé de Scarpa.

2° *Iridodialyse avec enclavement de l'iris dans la plaie. Iridoencleisis.*

On enclave l'iris dans la cornée ou dans la sclérotique, selon qu'on opère par l'une ou l'autre de ces membranes.

a. Iridoencleisis par la cornée.

Langenbeek (1) fait à la cornée au moyen d'un couteau à cataracte, à 3 lignes du lieu où l'iris doit être détaché une incision verticale qu'il agrandit d'une à deux lignes en retirant l'instrument; il introduit un simple petit crochet dans la chambre antérieure, accroche l'iris près de son bord ciliaire, le détache et le retire par l'ouverture faite dans la cornée, où il l'enclave. L'iris y contracte facilement des adhérences de manière que l'occlusion de la nouvelle pupille se trouve ainsi empêchée. Plus tard au lieu d'un crochet Langenbeek se servit d'un *coréoncion* pour saisir l'iris et le détacher du bord ciliaire. Ce coréoncion consiste en un petit crochet renfermé dans un tube d'or très-mince; ce tube est fixé solidement au manche de l'instrument et recouvre entièrement le crochet quand l'instrument est fermé, de manière qu'il ne peut produire des lésions. Ce crochet est mobile; une vis attachée au manche de l'instrument peut à volonté le faire sortir, tandis qu'un ressort en spirale, le fait rentrer dans le tube. Il introduit l'instrument fermé dans la chambre antérieure, alors il l'ouvre, fait sortir le crochet, saisit l'iris, laisse agir le ressort qui fait rentrer le crochet, et le retire ainsi hors de l'œil pour fixer l'iris dans la plaie.

Reisinger (2) opère de la même manière, mais il se sert d'une pince qui, fermée ressemble au crochet simple de Beer, et qui ouverte par l'effet de son élasticité, représente deux crochets écartés l'un de l'autre. On introduit l'instrument fermé par la

(1) LANGENBEEK'S. *Neue biblioth.* Bd. I, st. 2, p. 221 und 228. Bd. I, st. 3, p. 454; st. 4, p. 676. Bd. II, st. 1 pag. 106.

(2) *Darstellung eines neuen verfahrens d. m. f. zu unterbinden und einer leichtere methode pupillen zu bilden.* Augsbourg. 1816.

plaie de la cornée, on le fait pénétrer dans la chambre antérieure, jusqu'au point où l'on veut détacher l'iris du cercle ciliaire, on laisse alors agir l'élasticité qu'écarte les crochets, on les pousse à travers l'iris on le saisit près de sa circonférence en rapprochant les crochets, puis on ébranle et l'on détache l'iris que l'on attire ensuite dans la plaie de la cornée.

Græfe (1) fut le premier qui se servit d'un crochet masqué pour pratiquer *l'iridoencleisis.* Il procède à peu près de la même manière que les opérateurs précédents, mais pour le décollement de l'iris, il se sert de son *Coréoncion,* auquel il a déjà fait subir plusieurs modifications. Dans le principe il consistait en un crochet simple garni d'un couvre-crochet (Hakendecker) mobile et sans ressort, de manière qu'on devait l'avancer et le retirer au moyen d'un anneau fixé au manche de l'instrument, à l'autre extrémité du manche se trouvait un petit couteau destiné à ouvrir la cornée. Plus tard le crochet simple fut remplacé par un crochet double en or trempé qui, afin de pouvoir être nettoyé, se laissait enlever. Le coréoncion était aussi muni d'un ressort servant à avancer le *couvre-crochet* sur le double crochet.

Schlagintweit (2) procède aussi d'après la méthode de Langenbeek, mais il se sert pour saisir et attirer l'iris, d'un instrument qui ressemble beaucoup au coréoncion de Græfe, et auquel il a donné le nom de *Iridankistron.* Cet instrument consiste en un crochet simple garni d'un couvre-crochet mobile. Dans l'instrument de Schlagintweit le couvre-crochet pénètre dans la courbure du crochet, tandis que dans celui de Græfe il s'applique contre la pointe du crochet.

Wagner (3) se sert d'un instrument en forme de pince qui, fermé, ressemble pour la forme générale à l'aiguille à cataracte de Himly. Les deux branches sont tenues écartées par un ressort placé entre leurs manches; une vis fixée sur le côté sert à modérer à volonté l'écartement. L'instrument fermé sert à percer

(1) Jüngken *das coreoncion, etc.—Huffeland's journal.* 1818, mai. *Graefe's journal.* B. III heft. 1, p. 135.

(2) *Ueber den gegenwaertigen zustand der künstlichen pupillenbildung in Deutschland.* München, 1818.

(3) *Commentatio de coremorphosi.* Gottingue. 1818.

la cornée ou la sclérotique, selon qu'on opère par la chambre antérieure ou postérieure. On l'introduit jusqu'au lieu où l'on veut décoller l'iris; alors on dirige la pointe vers cette membrane, on la saisit en rapprochant les aiguilles, on l'ébranle, et, la détachant, on l'amène dans la plaie de la cornée.

Dzondi (1) se sert d'une espèce de pince qui a beaucoup d'analogie avec l'instrument d'Assalini. Elle consiste en une branche plus courte terminée en pointe, et une autre plus longue qui est mousse, de manière que lorsque l'instrument est fermé, la branche longue et mousse sert de couvre-pointe à la plus courte. Il est introduit fermé dans la cornée, puis on l'ouvre; la branche aiguë traverse l'iris près de son bord ciliaire; les deux branches sont rapprochées, et par leur action combinée saisissant l'iris, elles se détachent et l'attirent au dehors.

Embden (2) imagina son *raphiankistron* pour pouvoir opérer indistinctement par la cornée ou par la sclérotique, sans incision préalable de ces membranes. Il consiste en une sorte d'aiguille droite en forme de lance, sur laquelle est couché un crochet mobile qui peut être mis en mouvement au moyen d'une espèce d'anneau situé sur le manche, et être amené au delà de la pointe de l'aiguille.

Pour se servir de cet instrument, on retire le crochet, de manière à laisser la pointe de l'aiguille à découvert; on la plonge dans la cornée ou dans la sclérotique, comme on le ferait avec une aiguille à cataracte droite ordinaire. Alors on pousse le crochet jusqu'au point où l'on veut détacher l'iris; puis, l'ayant saisi, on retire l'instrument et l'on fixe l'iris dans la membrane qu'on a traversée.

Norvicki (3) a également proposé un instrument particulier auquel il a donné le nom de *labidobélonankistron*, et qui a la plus grande analogie avec le raphiankistron de Embden. Il con-

(1) DZONDI. *Geschichte der klinischen instituten zu Halle.* 1818.—DZONDI. *Beschreibung eines neuen instrumente zur kunstlichen pupillenbildung.* Halle, 1819.

(2) *Dissertatio de raphiankistro novo instrumento ad. coremorphoseos, method. perficiend.* Gotting. 1819.

(3) *Tractatus depupill. vicaria.* Varsoviæ. 1818.

siste aussi en une aiguille et un crochet mobile, mais il en diffère en ce qu'il peut en même temps agir comme une pince, par un écartement latéral du crochet et de la lame.

On incise la cornée dans l'étendue de deux lignes; on introduit l'instrument fermé jusqu'à l'iris; au moyen d'une pression exercée par le doigt sur le manche de l'instrument, le crochet et l'aiguille sont écartés par l'action d'un ressort; alors on fait pénétrer dans l'iris les deux branches de l'instrument, celle qui porte un crochet et celle qui porte l'aiguille; puis on les laisse se rapprocher pour saisir l'iris entre elles, après quoi on retire l'instrument et l'on fixe l'iris dans la plaie.

On peut opérer de la même manière par la sclérotique, mais alors il est presque toujours nécessaire de déprimer en même temps le cristallin.

Lusardi (1) se sert d'un instrument déjà proposé, dit-on, en Italie par Baratta, et qui représente une aiguille à cataracte de Scarpa; mais cette aiguille est composée de deux tiges mobiles, l'une sur l'autre. Quand on retire, au moyen d'un bouton placé sur le manche, la plus courte de ces tiges, qui correspond à la convexité de l'aiguille, son extrémité abandonne une échancrure qu'elle remplissait, et le talon de l'aiguille présente une pointe dirigée en arrière, comme les barbelures d'un fer de flèche.

Clemot (2) a imaginé un instrument analogue à celui de Lusardi, mais il est droit et terminé par un fer de lance, et c'est sur le plat de la lame que glisse la tige destinée à masquer le crochet. M. Sanson n'a pu se procurer que l'instrument et non la description du procédé opératoire; mais il tient de M. *Carron du Villards* qu'il est destiné à traverser l'iris, à le saisir entre les deux tiges et à l'attirer au dehors, et même à en retrancher un lambeau; il peut être employé et par la sclérotique et par la cornée.

β. *Par la sclérotique.*

Embdem, *Wagner* et *Norvicki* prétendent opérer par la chambre postérieure de la même manière que par la chambre antérieure, et enclaver l'iris dans la plaie de la sclérotique.

(1) *Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, tom. XIII, p. 658.
(2) *Ibidem.*

Werneck (1) se sert d'une aiguille à cataracte droite et un peu large, fait une ponction dans la sclérotique, comme on le fait pour la dépression du cristallin, sans cependant avancer l'aiguille au delà des membranes de l'œil. Après avoir fait cette ponction il retire l'aiguille, introduit par cette ouverture un crochet de Beer, au moyen duquel il accroche l'iris à son bord ciliaire, le détache dans une étendue d'environ deux lignes, et le retire par l'ouverture de la sclérotique, dans laquelle il l'enclave.

3° *Décollement suivi d'incision de l'iris. Iridotomédialysis.*

Donéga (2) est l'inventeur de cette méthode, qui consiste à combiner l'iridodialysis avec l'iridotomie. Il paraît que son procédé a trouvé peu de partisans.

Il se sert d'une aiguille falciforme tranchante sur son bord concave, la pousse à travers la sclérotique jusqu'à la circonférence de l'iris, qu'il détache, après quoi, tournant le tranchant vers cette membrane, il l'incise de la circonférence vers son centre.

4° *Iridodialyse suivie de résection de l'iris. Iridectomédialysis.*

Assalini (3), inventeur de ce procédé, se sert, pour la pratiquer, d'une espèce d'*aiguille-pince,* composée de deux branches, dont l'une fixe est plus longue et aiguë, dont l'autre est mobile, plus courte et arrondie, et articulée avec la première par une charnière à bascule, derrière laquelle se trouve un ressort destiné à tenir l'instrument fermé, comme la lame du lithotome caché.

Après avoir fait une incision dans la cornée, il introduit l'instrument fermé dans la chambre antérieure, il l'ouvre en pressant sur la bascule; il traverse l'iris près de sa circonférence avec la pointe de la branche aiguë, il rapproche les deux branches, retire en dehors la partie d'iris qu'elles ont saisie, et en opère la résection avec les ciseaux de Daviel.

La branche aiguë qu'on pousse à travers l'iris doit quelquefois

(1) *Aphoristische beitraege einiger ophthalmologische gegenstaende in der Salsburger medic. und chirurg. zeitung.* 1823. B. I, p. 131.

(2) *Ragionamento sulla pupill. artificial.* Milano, 1809.

(3) *Recherche sulla pupill. artificial.* Sec. edizion. Napoli, 1818.

être portée jusque derrière le corps ciliaire, afin de pouvoir en enlever une partie comme il serait nécessaire dans les cas où il existerait un cristallin qu'on aurait laissé en place.

Plusieurs des chirurgiens que nous avons cités, qui opéraient par enclavement ont aussi opéré d'après le procédé d'Assalini ; seulement au lieu de se servir de ses pinces, ils employèrent leurs propres instruments.

IV. Pupille artificielle par allongement de la pupille naturelle COREPARELKEYSIS.

Cette méthode n'est applicable qu'au cas où la pupille naturelle est conservée, ou seulement rétrécie et où il existe un trouble central de la cornée, qui met obstacle au libre passage des rayons lumineux.

C'est *Adams* (1) qui en a donné le premier l'idée ; après avoir incisé la cornée, il opérait, au moyen d'une pression exercée par un *speculum oculi*, un prolapsus de l'iris, saisissait la partie saillante avec des pinces et la fixait dans la plaie de manière à attirer la pupille en l'allongeant, vis-à-vis la partie de la cornée restée transparente.

Himly (2) fait une ponction à la cornée et introduit par la plaie un petit crochet avec lequel il va saisir le bord pupillaire pour l'amener et le fixer dans la plaie de la cornée.

Embden (3) propose de dilater fortement la pupille par l'usage des narcotiques, et d'aller saisir le bord de cette ouverture avec son raphiankistion, introduit par la sclérotique pour l'attirer en arrière et le fixer dans la solution de continuité de la sclérotique.

V. Pupille artificielle par excision d'une partie de la sclérotique SCLEROTITECTOMIA, SCLÉRECTOMIA.

Autenrieth (4) pensa que dans les cas où les altérations de la

(1) *Practical observat. on ectropion, etc.* London, 1814, p. 45.
(2) Himly und Schmidt's. *Ophthalmo. biblioth.* B. I, p. 173.
(3) *Dissertatio de raphiankistro novo instrumento, etc.* Gotting. 1819.
(4) Schmidt. *Dissertatio de pupill. artific.* Tubing. 1814. *Tubinger blaet-*

cornée et de l'iris ne permettent pas d'agir sur cette dernière membrane, on pourrait rendre la vue aux malades en pratiquant à la sclérotique et à la choroïde une ouverture qui permit aux faisceaux lumineux d'arriver jusqu'à la rétine; il fit à ce sujet plusieurs expériences sur les animaux vivants.

Dans le principe il pratiqua au bord de la cornée deux incisions de 2 $^{1}/_{2}$ lignes à travers la conjonctive, la sclérotique et la choroïde. Ces incisions se joignaient sous un angle aigu; le lambeau triangulaire résultant de ces incisions, fut enlevé au moyen de ciseaux. Cette ouverture triangulaire ne devait pas se refermer par une cicatrice, mais se recouvrir d'une membrane mince et diaphane, permettant aux rayons lumineux de parvenir directement dans le corps vitré. Plus tard il incisa la conjonctive au bord de la cornée, la glissa assez loin en dehors, pour dénuder la partie de la sclérotique, où il voulait pratiquer la pupille; alors il excisa de la sclérotique et de la choroïde un morceau triangulaire comme il le faisait dans le principe et ramena enfin la conjonctive sur cette ouverture.

Selon l'expérience d'Autenrieth cette ouverture ne se ferme pas par une cicatrice et la conjonctive dont il la recouvre fait les fonctions d'une cornée.

Beer, Himly, Guthrie (1) et *Riecke* (2) ont fait plusieurs essais sur l'homme, qui, comme on pouvait le prévoir, n'ont eu aucun succès.

Dans ces derniers temps de nouveaux essais furent faits par le professeur *Ullmann* (3) à Marburg. Il fit la *sclérectomie* sur un jeune homme de 33 ans, aveugle depuis l'âge de 6 ans; onze jours après l'opération la vue était satisfaisante, elle s'est maintenue dans cet état pendant 40 jours environ, alors elle commença à s'affaiblir insensiblement et quelque temps après elle avait complétement cessé.

ter von Autenrieth. Bd. I, st. 1, p. 89. — WEBER. *Dissertat. observat. in coretodialysin, pupillamque in sclerotica aperiend.* Tubing. 1817.

(1) *Treatise on the operat. for the format. of an artif. pupill.* London. 1819, p. 203.

(2) MOESNER. *Dissertat de conform. pupill. artif.* Tubing. 1823.

(3) AMMONS *Zeitschrift fur die ophthalmolog.* Bd. II, h. 1, p. 123.

VI. Pupille artificielle par excision d'une partie de la cornée devenue opaque. Keratectomie.

Darwin (1) fit le premier cette proposition singulière de trépaner pour ainsi dire la cornée, dans les cas de leucôme. Il fixa la cornée au moyen d'une espèce de tirefond, et avec un emporte-pièce en forme de tréphine, il fit une ouverture circulaire dans la cornée. Il espérait que cette ouverture se serait recouverte d'une membrane diaphane, mais les résultats n'ont pas répondu à son attente.

Moesner (2) fit des essais sur des animaux vivants il excisa une partie circulaire de la cornée et fixa dans la perte de substance la membrane de l'humeur vitrée dont il provoqua un prolapsus en exerçant de légères pressions sur le globe de l'œil; il excisa en même temps l'iris et fit l'extraction du cristallin. Ces expériences eurent pour résultat de démontrer que la partie du corps vitré ainsi tiré en avant, devenait toujours plus ou moins opaque.

Moesner essaya aussi de transplanter la cornée d'un animal sur l'œil d'un autre, pour remplacer la portion qu'il excisait; mais il trouva qu'une cornée entièrement détachée ne se réunissait même plus avec l'œil dont on venait de l'enlever, à plus forte raison cela ne pouvait-il se faire, lorsqu'elle fut transplantée sur un autre œil.

Reisinger (3) propose de remplacer une cornée devenue opaque chez l'homme par une cornée transparente prise sur un animal vivant et de tacher d'en obtenir la réunion.

Les différentes expériences qui ont été faites par ces chirurgiens sont toutes restées sans résultat. Aussi n'est-ce pas sans quelque étonnement qu'on a vu il y a quelques années le célèbre *Dieffenbach* (4) essayer la transplantation de la cornée d'un animal sur l'œil d'un autre. Il n'obtint pas plus de succès que ses prédécesseurs. Convaincu que par la manière dont on a expéri-

(1) Darwin zoonomie.
(2) *Dissertat. de conform. pupill. artificial.* P. 46-47.
(3) *Baierische annalen.* Bd. I, h. 1, p. 207.
(4) Ammons. *Zeitschrift.* Bd. h. 2, p. 172.

menté jusqu'ici, on n'obtiendra jamais de bons résultats, Dieffenbach engage d'essayer d'appliquer la cornée d'un animal sur celle d'un autre, de la faire adhérer dans une incision circulaire qu'on ferait autour de la cornée. Si on parvenait par des points de suture à obtenir cette adhérence, on pourrait, dit-il, exciser l'ancienne cornée en faisant à la nouvelle, un lambeau, et en enlevant l'ancienne au moyen de ciseaux.

Quoique le plus grand nombre des procédés que nous venons d'indiquer soient abandonnés complétement et avec raison, on doit, cependant, convenir que quelques chirurgiens vont trop loin, lorsque par prédilection pour telle ou telle méthode, ils pratiquent exclusivement celle qu'ils ont adoptée sans avoir égard à la nature des lésions qui réclament l'opération, ou aux circonstances qui l'accompagnent.

Nous pensons que le choix exclusif de la même méthode opératoire pour tous les cas qui réclament la formation d'une pupille artificielle n'est guère en harmonie avec les progrès de la science et les perfectionnements qu'on a apportés aux méthodes opératoires principales. Nous croyons qu'il est convenable que celui qui pratique l'opération de la pupille artificielle, soit, d'une part, également habile à mettre en usage l'un et l'autre procédé manuel, et d'autre part, qu'il sache distinguer la nature de la lésion qui oblitère la pupille, afin qu'il choisisse la méthode la plus appropriée et la plus sûre pour atteindre le but qu'il se propose : car elles ont toutes leurs avantages et leurs inconvénients, que le chirurgien doit bien connaître, s'il veut obtenir des succès dans ses opérations.

De cette quantité prodigieuse de procédés opératoires imaginés pour la formation d'une pupille artificielle, on a conservé trois méthodes principales qui sont :

1) L'iridotomie ou l'incision de l'iris.

2) L'iridectomie ou ablation d'une portion de l'iris.

3) L'iridodialyse ou décollement de l'iris.

α. Décollement avec enclavement de l'iris dans la plaie de la cornée ou *iridoencleisis*.

β. Décollement avec résection d'une portion d'iris : *iridectomédialysis*.

Je ne donnerai la description que des procédés de ces diverses méthodes que je crois préférables.

Considérations générales sur la manière de préparer le malade à l'opération.

Beaucoup de praticiens sont encore dans l'habitude de faire précéder l'opération de la pupille artificielle, comme celle de la cataracte, de certaines mesures préparatoires, telles qu'émissions sanguines, purgatifs, application de révulsifs, diète sévère.

De pareilles prescriptions ne doivent pas être considérées comme des règles générales et être appliquées indifféremment à tous les cas.

Comme j'ai pris pour règle générale de ne pratiquer l'opération de la pupille artificielle que lorsque tout travail morbide a complétement cessé dans l'œil, qu'il ne reste que des lésions résultant de maladies antérieures, en un mot, lorsque les individus sont en parfaite santé, je leur conseille de porter le moins de changements possible à leur manière habituelle de vivre, et j'opère la plupart du temps sans faire précéder l'opération d'aucun traitement préalable, parce que ces moyens ne sont pas en état d'empêcher la phlegmasie traumatique de survenir, quand les circonstances locales et générales y prédisposent.

Ces précautions ne deviennent nécessaires que lorsqu'il s'agit de combattre un état morbide de l'économie qui, en se compliquant avec l'inflammation traumatique, pourrait en augmenter la gravité. Alors le choix des moyens préparatoires à employer ne doit se faire que d'après des indications rationnelles et conformément au commémoratif et à la nature de chaque cas individuel. Il sera donc prudent de faire précéder l'opération de quelques émissions sanguines, si l'examen fait découvrir des symptômes de congestion cérébrale ou cérébro-oculaire; on joindra à ces moyens les pédiluves irritants, les sinapismes, les purgatifs.

L'application à la nuque d'un vésicatoire ou d'un séton avant l'opération, comme moyen prophylactique, est inutile et nuisible, inutile quand il n'existe pas d'affection spéciale qui en réclame

l'emploi, et nuisible parce qu'elle ajoute une nouvelle incommodité à celles qui accompagnent déjà l'opération.

Je ne parlerai pas d'un autre moyen préparatoire que quelques praticiens emploient encore; c'est celui d'habituer, comme ils disent, l'œil à l'instrument, en touchant de temps en temps et pendant plusieurs semaines cet organe avec le dos de l'instrument; je pense que ceux qui croient avoir besoin de pareils moyens, feraient bien de renoncer à la pratique d'une opération aussi délicate et de la confier à des mains plus habiles et mieux exercées que les leurs.

L'âge trop tendre ou trop avancé de l'individu a été regardé comme un obstacle à l'opération de la pupille artificielle, comme à celle de la cataracte.

L'opération est, sans doute, excessivement difficile chez des enfants qui ne sont pas assez avancés en âge pour en sentir l'importance, et par conséquent pour se tenir calmes et tranquilles; cependant, pour ma part, je ne regarde pas l'âge comme une contr'indication absolue, pas plus à l'opération de la pupille artificielle qu'à celle de la cataracte. Quoique je n'aie pas encore eu l'occasion de pratiquer la pupille artificielle sur des individus aussi jeunes ou aussi âgés que ceux que j'ai opérés de la cataracte (un enfant de 9 mois et une femme de 97 ans ont été opérés avec le plus grand succès), je pense qu'on peut opérer à tout âge. Cependant, l'expérience m'ayant appris que toutes les affections des yeux résistent avec une opiniâtreté extraordinaire aux moyens les plus rationnels, lorsque les enfants se trouvent à l'époque de la dentition, je crois qu'il est très-prudent de laisser passer cette époque avant de procéder à l'opération.

Une opinion, autrefois généralement répandue et qui aujourd'hui se trouve encore partagée par bien des personnes, c'est que toute opération sur les yeux doit être pratiquée au printemps. Ce n'est ni la chaleur, ni le froid, ni l'humidité qui sont à craindre, mais plutôt les changements brusques et fréquents de l'atmosphère, les altérations brusques de sécheresse et d'humidité, de froid et de chaleur : j'ai opéré dans toutes les saisons, aussi bien au milieu du froid rigoureux de l'hiver que pendant les

plus fortes chaleurs de l'été, et je n'ai pas remarqué que l'une saison offrit plus d'avantages que l'autre. La seule précaution que je prends, c'est d'attendre qu'il y ait une certaine fixité ou uniformité dans le temps. Les individus prédisposés aux affections rhumatismales ou goutteuses, souffrant ordinairement le plus pendant les saisons où les changements atmosphériques sont les plus fréquents, il est prudent de ne les opérer qu'en été, parce que, dans cette saison, leurs souffrances se réveillent moins facilement.

L'heure à laquelle l'opération s'exécute n'a aucune influence sur son résultat; il est tout à fait indifférent d'opérer avant ou après midi; toutefois il est bon de s'en abstenir lorsque le malade a pris un repas copieux ou lorsqu'il est à jeûn, parce que dans ce dernier cas il est toujours plus sensible et plus agité. Cependant le moment le plus convenable paraît être une heure quelconque de la matinée, quelque temps après que le malade a pris un léger déjeûner; on a l'avantage d'avoir à ce moment le meilleur jour et de pouvoir observer le malade toute la journée, dans le cas où il surviendrait des accidents.

Lorsque les malades ont fait un voyage pour se faire opérer, nous ne différons l'opération que le temps nécessaire pour qu'ils se remettent de leurs fatigues et que nous ayons suffisamment observé et examiné la nature de la lésion locale et l'état général de leur santé.

Comme avant de passer à l'opération on exige de la part du malade, de la saison, du temps, etc., qu'ils se trouvent dans les conditions les plus favorables au succès de l'opération, on peut avoir d'autant plus de droit de réclamer de la part du chirurgien et de son aide des qualités dont l'absence pourrait compromettre le succès d'opérations aussi délicates que celles sur les yeux en général et de la pupille artificielle en particulier.

Tout médecin qui veut s'adonner à la pratique des opérations sur les yeux doit, outre des connaissances médicales profondes, posséder une grande dextérité.

Malgré que les opérations sur les yeux n'exigent pas, de la part de l'opérateur, cette force physique et cette froide intrépidité que réclament les graves opérations chirurgicales, il faut

cependant qu'il soit calme et doué d'un grand sang-froid. Ces opérations, quoique ne provoquant la plupart du temps ni plainte de la part du malade, ni écoulement abondant de sang, produisent, cependant, sur un grand nombre de personnes, des effets beaucoup plus marqués que les opérations les plus graves. Il est déjà arrivé à plus de dix personnes étrangères, il est vrai, à l'art de guérir, mais qui antérieurement avaient vu des amputations et autres cas graves, qui m'avaient demandé de pouvoir assister à une opération de cataracte ou de pupille artificielle, de ne pouvoir rester jusqu'à la fin de l'opération sans tomber en syncope, quoique cependant elle fut exécutée lestement, qu'elle n'eut provoqué ni plainte ni écoulement de sang. Toutes m'ont dit que le mouvement de l'œil et ceux de l'instrument dans l'intérieur de cet organe leur causaient un malaise inexprimable, des vertiges qui étaient immédiatement suivis d'une syncope. J'ai connu de jeunes médecins qui, dans le principe, éprouvaient aussi cet effet, mais qui, par le temps, sont parvenus à en triompher, et sont devenus de bons opérateurs. Il faut donc, comme je l'ai dit, que l'opérateur possède beaucoup de calme et de sang-froid.

La délicatesse et l'importance de l'organe exigent en outre beaucoup de dextérité dans la main de l'opérateur. L'œil et la main de l'opérateur doivent être soigneusement et continuellement exercés. Son coup d'œil doit être vif, perçant, sûr et ferme. Le moindre changement qui survient dans l'œil ou dans les parties environnantes doit être saisi à l'instant; son regard doit rester constamment fixé sur son instrument et souvent sur la pointe de celui-ci.

L'exercice de la main n'est pas moins important que celui de l'œil. On dit généralement qu'un bon opérateur pour les yeux doit avoir la main ferme. Cependant une main ferme est souvent une main lourde, qui est celle qui convient le moins aux opérations qui se pratiquent sur les yeux; il faut que la main soit calme, légère, souple et sûre; qu'elle exécute rapidement, sûrement et facilement tous les mouvements qu'exigent les opérations, qu'elle conduise l'instrument avec fermeté mais en même temps avec beaucoup de douceur. Il faut que la main gauche

soit aussi exercée que la droite, car il se présente des cas où il est impossible de se servir de la main droite.

Celui qui veut être bon opérateur doit éviter tout travail qui rend la main lourde, qui émousse la sensibilité ou rend la peau épaisse et calleuse. La sensibilité des doigts doit être telle que par le toucher seul l'opérateur sache diriger l'instrument; car dans plusieurs opérations le regard ne peut rien distinguer, ou doit rester constamment fixé sur la pointe de l'instrument et non sur le manche, de manière que la sensibilité des doigts, dans ce cas, doit remplacer la vue.

Dans la pratique des opérations sur les yeux, il est important que le chirurgien ait un aide habile et intelligent qui connaisse exactement les opérations, les accidents qui peuvent survenir, etc. Il faut qu'il suive tous les mouvements de l'instrument, et se comporte selon les circonstances qui se présentent; qu'il ait une telle habitude des opérations et une telle intelligence qu'un regard de l'opérateur lui fasse comprendre ce qu'il a à faire.

Cet aide doit également posséder un certain degré de sang-froid pour ne pas faire manquer le succès de l'opération par sa faiblesse.

Dans le principe je négligeais la précaution d'avoir un aide sur lequel je pusse compter; croyant que tout médecin était en état de soulever une paupière et de suivre avec calme les mouvements de l'instrument, je prenais le premier médecin venu : mais depuis 3 ans je ne pratique plus et je ne pratiquerai plus jamais une opération à l'œil sans connaître celui qui doit me servir d'aide, et sans être sûr qu'il possède toutes les qualités nécessaires à cet emploi, depuis qu'il m'est arrivé un accident qui m'a servi de leçon et je désire qu'il en serve à tous ceux qui s'occupent des opérations sur les yeux.

Il y a trois ans environ, je fus demandé dans une commune pour faire une opération de cataracte. Le médecin de l'endroit s'offrant pour me servir d'assistant je crus pouvoir m'y rendre seul, sans me faire accompagner de mon aide habituel. Pendant l'opération que j'exécutai sur le premier œil tout marcha parfaitement bien; mais à peine eus-je introduit l'aiguille dans le second œil, que j'entendis le confrère appeler la fille qui se trouvait tout

près, et la prier de tenir la paupière. Ayant les yeux fixés sur mon instrument, je ne songeai nullement à l'accident qui allait arriver, je lui dis qu'il ne pouvait pas ainsi abandonner son poste au milieu de l'opération. Mais ma phrase n'était pas achevée, que mon aide lâchant la paupière tomba en syncope derrière le malade. Le premier mouvement de celui-ci fut de serrer fortement la paupière sur l'instrument qui se trouvait dans l'œil. J'eus le bonheur de pouvoir soulever la paupière supérieure avec un doigt, pendant qu'avec un autre je tenais l'inférieure abaissée, et de terminer seul l'opération. Cependant il survint une inflammation tellement violente que la perte de l'œil en fut le résultat.

Depuis ce moment j'ai résolu de ne plus jamais prendre pour aide des médecins sur lesquels je ne puis pas tout à fait compter. Lorsque je dois opérer des cataractes avec des personnes que je ne connais pas, je préfère placer le malade dans un coin de la chambre ou contre le mur et de pratiquer l'opération seul et sans aucune assistance.

Pour l'opération de la pupille artificielle, comme en général pour toutes les opérations qui se font sur l'œil, il est inutile d'avoir un arsenal d'instruments compliqués, dont la plupart quelqu'ingénieux qu'ils soient ôtent souvent aux opérations la sûreté et la facilité par la complication que leur mode d'emploi y ajoute. Un bon chirurgien fait beaucoup d'opérations avec un petit nombre d'instruments et avec des instruments bien simples. Tout ce qu'on doit désirer, c'est qu'ils soient travaillés avec soin et avec le plus de délicatesse possible, que le volume de leurs différentes parties soit en harmonie avec la finesse et la délicatesse des organes auxquels on les applique, en conservant toujours la solidité nécessaire pour ne pas se briser ou plier. Ils doivent être bien polis et très-tranchants. Il est prudent de les examiner et de les essayer avant chaque opération.

La position du malade pendant l'opération de la pupille artificielle est la même que pour les opérations de la cataracte. On place le malade sur une chaise à dos peu élevée. Certains opérateurs ont encore l'habitude de lier les mains des malades, ou au moins de les faire tenir par des aides. Je regarde cette pré-

caution comme tout à fait inutile et même comme nuisible puisqu'elle ne fait qu'augmenter l'anxiété des malades et par conséquent les mouvements de l'œil. On peut recommander aux malades de saisir avec les deux mains le siége sur lequel ils sont assis. Quant aux enfants dont l'intelligence n'est pas encore assez développée pour comprendre l'importance de l'opération et qui manquent de docilité, on fait bien de les envelopper dans des langes ou dans un drap de lit, on les couche sur une table où un aide les tient sur ses genoux, un autre fixe la tête, et l'opérateur procède comme dans les cas ordinaires.

L'un opérateur préfère rester debout pour pratiquer l'opération, l'autre préfère être assis. Pour ma part je ne trouve pas d'avantages dans l'une position plutôt que dans l'autre. Cependant par habitude j'opère plus souvent debout qu'assis. En tout cas, on doit faire attention que la tête du malade ne dépasse pas la hauteur de la poitrine de l'opérateur, afin d'assurer à ce dernier de l'aisance dans ses mouvements sans le fatiguer par l'élévation ou l'abaissement trop considérable du membre, et donner à sa main l'aplomb nécessaire pendant l'opération. Il vaut toutefois mieux que l'opérateur soit placé un peu trop haut que trop bas.

La tête du malade est fixée par l'aide placé derrière et chargé en même temps de soulever la paupière supérieure. Si l'opération doit être faite sur l'œil droit, l'aide place, pendant le premier temps de l'opération, sa main droite par sa face dorsale dans le creux de la nuque du patient, tandis que la main gauche est appliquée sur le front de ce dernier; les deux mains placées de cette manière maintiennent la tête du malade et la fixent contre la poitrine de l'aide. Pour opérer l'œil gauche, les mains de l'aide doivent être appliquées d'une manière inverse.

L'aide soulève encore la paupière supérieure en appliquant le doigt indicateur et le médius de la main placée sur le front, sur la peau de la paupière, et à l'aide de mouvements alternatifs de ces deux doigts, on fronce successivement la peau de la paupière supérieure en petits plis. Cette dernière est ainsi rélevée et les doigts se glissent sous le bord libre de la paupière et les cils, de manière à la comprimer contre le bord osseux supérieur de

l'orbite. L'opérateur lui-même se charge d'abaisser la paupière inférieure. Il le fait avec le doigt médius de la main restée libre, et tenant l'index de cette même main soulevé et prêt à se porter sur le côté interne du globe oculaire dans les cas où il serait nécessaire de l'empêcher de fuir du côté du nez.

Je ne me sers jamais d'ophthalmostate dont l'emploi est toujours inutile et quelquefois dangereux dans les cas de grande mobilité de l'œil. Je cherche à fixer celui-ci au moyen du doigt indicateur et en recommandant à l'aide d'abaisser légèrement la pulpe des doigts qui soulèvent la paupière supérieure, afin d'exercer une légère compression de haut en bas sur le globe oculaire.

Pendant le second temps de la plupart des procédés l'aide abaisse aussi la paupière inférieure. Il se sert, à cet effet, de la main que, pendant le premier temps, il avait placée dans le creux de la nuque du malade; pour bien exécuter cette manœuvre il place la main à plat sous le menton du malade et abaisse la paupière avec le pouce.

Une circonstance digne de toute l'attention de l'opérateur est la position du malade par rapport à la lumière. Il faut qu'il soit placé de manière que l'opérateur ne perde jamais de vue ni les instruments, ni les parties sur lesquelles il opère, et qu'aucun reflet de faux jour ne vienne le gêner et lui causer des illusions.

La chambre où l'on fait l'opération ne doit être éclairée que par une seule croisée; s'il y en a plusieurs, les autres doivent être fermées au moyen de volets ou de stores.

Je préfère toujours placer le malade obliquement vers la croisée, de manière que l'œil à opérer se trouve *le plus éloigné* de la croisée; de cette manière j'évite l'ombre que projette la main sur l'œil, lorsqu'on place le malade de manière à ce que l'œil à opérer se trouve plus rapproché de la croisée, comme il avait été généralement recommandé.

(*La suite au n° prochain.*)

DER STOCKFISCH-LEBERTHRAN

IN NATURHISTORISCH-CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHER HINSICHT, BESONDERS ABER SEINE HEILWIRKUNGEN IN RHEUMATISCHEN UND SCROFULOESEN KRANKHEITSFORMEN;

Vom doctor Franz BREFELD,

Koeniglich Preuss. physicus des kreises Hamm, etc.
Hamm. (Schulzische Buchhandlung. 1835, pag. 146. gr. 8°.)

(**DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE CONSIDÉRÉE SOUS LES RAPPORTS ZOOLOGIQUE, CHIMIQUE ET PHARMACEUTIQUE ET PRINCIPALEMENT SOUS LE RAPPORT DE SES EFFETS MÉDICAUX DANS LES MALADIES RHUMATISMALES ET SCROFULEUSES**; par le docteur François BREFELD, etc., etc. Hamm. 1835.)

(Rapport lu dans la séance du 3 août 1840 (1).)

Messieurs,

Cet ouvrage de M. le docteur Brefeld, sur lequel vous nous avez chargés de vous faire un rapport, dans votre séance du 6 avril 1840, fut destiné par son auteur à combler la lacune qui existait encore en 1835 dans la littérature médicale allemande relativement à la possession d'une monographie sur l'huile de foie de morue, médicament dont les grandes vertus curatives s'étaient jusque-là manifestées à une foule de praticiens dans le traitement des maladies rhumatiques et scrofuleuses chroniques.

La monographie de M. Brefeld est divisée en cinq chapitres : les deux premiers traitent de l'histoire naturelle et des qualités physiques et chimiques de l'huile de foie de morue. Dans le troisième, l'auteur s'occupe de son application à l'intérieur; dans le quatrième il en expose les effets sur l'organisme en général; et dans le cinquième, composé de deux sections, il en énumère les vertus curatives dans différentes maladies, et surtout dans les rhumatismes et dans les scrofules.

De ses expériences, il résulte que l'huile de foie de morue ne produit aucun effet dans les rhumatismes aigus et fébriles, dont sont attaqués les individus jeunes et robustes et qui ont été provoqués par un refroidissement, tandis qu'il guérit très-sûrement les rhumatismes

(1) *Commissaires,* MM. Gluge et Meisser, M. Rieken, *rapporteur.*

des individus prédisposés à cette maladie par suite d'une diathèse scrofuleuse et y ayant été préparés pendant longtemps par des causes nuisibles.

M. Brefeld préconise l'huile de foie de morue contre les scrofules et leurs différentes formes, contre le rachitisme, les tumeurs blanches, la coxalgie, la gonarthrocace, etc., etc. Il prétend n'avoir retiré aucun succès de son administration à l'intérieur dans les maladies scrofuleuses de la peau, tandis que son application à l'extérieur, conjointement avec d'autres médicaments lui a parue fort efficace.

M. Brefeld, en énumérant avec impartialité les cas où il n'a obtenu aucun résultat favorable de l'application de l'huile de foie de morue, communique un grand nombre d'observations, qui viennent à l'appui de ses assertions, quant aux propriétés salutaires de ce médicament.

La nature du travail de M. Brefeld ne nous permet pas, messieurs, d'entrer dans des détails. Les expériences relatives à la grande efficacité de l'huile de foie de morue s'étant du reste extrêmement multipliées depuis la publication de l'ouvrage de M. Brefeld, et les médecins belges, grâces aux travaux de M. le docteur Gouzée, d'Anvers, et de notre honorable confrère Daumerie, connaissant actuellement d'une manière suffisante l'application ainsi que les indications et les contre indications de ce médicament, nous croyons pouvoir nous dispenser d'étendre davantage notre rapport. Votre rapporteur s'est d'ailleurs déjà prononcé lui-même en faveur de cette substance médicamenteuse dans son mémoire *sur la prédisposition héréditaire des hémorrhagies mortelles*, publié en 1829, dans lequel il a cité les auteurs qui les premiers avaient recommandé l'usage de l'huile de foie de morue contre les maladies scrofuleuses, rhumatiques et arthritiques.

Quant au mérite du travail de M. Brefeld, nous sommes d'avis, messieurs, qu'il doit figurer au rang des travaux qui ont le plus contribué à faire connaître les vertus médicamenteuses de l'huile de foie de morue. Nous vous proposons en conséquence de conférer à M. Brefeld le titre de membre correspondant. Nous croyons du reste devoir l'engager de ne pas tarder d'élaborer une nouvelle édition de son mémoire, afin que ce dernier soit mis au niveau de nos connaissances actuelles sur les effets thérapeutiques de l'huile de foie de morue, vu les progrès qu'elles ont faits depuis l'année 1835.

Nous ne pouvons terminer notre rapport, messieurs, sans inviter nos confrères, auxquels il plairait à l'avenir d'aller voir les bords du Rhin et les sources minérales du duché de Nassau, de ne pas négliger l'occasion, qui leur serait alors offerte, de visiter l'hôpital civil de Wiesbade. Bien que nous ayons été convaincus, depuis quinze ans, par nos propres expériences, des vertus médicamenteuses de l'huile de foie de morue, nous devons avouer que nous avons été surpris des

succès en vérité miraculeux, qu'a obtenus de son application persévérante et prolongée dans le traitement des maladies scrofuleuses les plus invétérées et les plus rebelles, M. le docteur Haas, médecin du dit hôpital. Ce médecin aussi instruit que modeste, nous a présenté, lors de notre visite, rendue à cet hôpital pendant l'été de 1839 et dans laquelle nous étions accompagné de M. le professeur d'Outrepont, de Wircebourg, un grand nombre d'individus ayant été affectés des caries les plus étendues des os des extrémités, des tumeurs blanches et des blépharophthalmies scrofuleuses les plus opiniâtres, qu'il disait avoir guéris au moyen de l'huile de foie de morue. Il nous a montré d'autres individus, souffrant de maladies analogues, sur lesquels l'usage de l'huile de foie de morue avait eu une influence tellement favorable, que l'on ne pouvait nullement douter de leur guérison complète, en continuant le traitement par cette substance médicamenteuse. Nous ne saurions trop louer la mesure qui a été prise à l'hôpital de Wiesbade, à savoir de consacrer des chambres particulières aux malades soumis au traitement par l'huile de foie de morue. Il serait à désirer que nos honorables confrères, MM. Seutin et André Uytterhoeven pussent faire des dispositions analogues dans les hôpitaux, dont le soin leur est confié, afin de se trouver à même de répéter, sur un assez grand nombre de malades, les essais de M. le docteur Haas, couronnés d'un succès aussi éclatant.

Bruxelles, le 1er juillet 1840.

EMS,

SES EAUX THERMALES ET SES ENVIRONS;

Par le docteur Alb. Jac. Gust. DOERING,
Conseiller de médecine et médecin aux eaux d'Ems.

Traduit avec la coopération de l'auteur,

Par S. LENDROY,
Professeur à Offenbach.

AVEC UNE VUE DU NOUVEAU COURSAAL ET UNE CARTE DES ENVIRONS D'EMS.
(Ems. 1839, chez L. S. Kirchberger. 8. xvi. 267.)

(Rapport lu dans la séance du 7 septembre 1840 (1).)

Messieurs,

Dans votre séance du 4 novembre dernier vous nous avez chargés

(1) *Commissaires,* MM. Leroy et F. Nollet, M. Rieken, *rapporteur.*

de vous faire un rapport sur un ouvrage intitulé : *Ems, ses eaux thermales et ses environs*, par M. le docteur Doering : nous avons lu ce travail et nous allons vous faire connaître, ce qu'il contient d'intéressant.

L'ouvrage de M. Doering se compose de trois sections et d'un appendice. Dans la première section M. Doering s'occupe de l'état topographique et statistique d'Ems et de ses sources minérales. En traçant l'histoire d'Ems d'après des documents authentiques, M. Doering tâche de prouver que les eaux thermales d'Ems étaient connues des Romains. « Ce fut dans le pays actuel de Nassau, dit-il, où le premier » Romain, Jules-César, 54 ans avant J. C., passa le Rhin et porta » le pied sur le sol paternel de notre Allemagne. »

Ems, y compris le village du même nom, compte maintenant près de 400 familles et 1800 habitants, tandis qu'il y a quinze ans le nombre des familles s'élevait à peine à 160 et celui des habitants à un peu plus de 900. Les étrangers peuvent se loger à Ems ou dans des maisons privées, dont le nombre est de plus de 90, ou dans des établissements seigneuriaux. Toutes ces maisons ensemble contiennent au delà de 1400 appartements à louer. 1000 à 1200 personnes peuvent y trouver en même temps des logements commodes et fort bien tenus.

La situation d'Ems est très-pittoresque, le climat est un des plus tempérés de l'Allemagne méridionale bien que la vallée dans laquelle est située Ems, soit exposée au vent d'Ouest qui y prédomine et y amène souvent des pluies, et que des courants d'air plus ou moins forts produisent de temps en temps une subite variation de la température. Pendant le jour, la chaleur est régulièrement très-forte dans les mois d'été, car le thermomètre de Réaumur indique quelquefois 25 et même 28 degrés ; mais après le coucher du soleil il survient aussi, parfois, une fraîcheur sensible. Les brouillards du matin ne sont pas fréquents pendant la saison des bains, ils présagent généralement une belle journée. Les orages ne sont rien moins que rares, et il y a des années où la brume y dure plusieurs jours. La végétation de la vallée de la Lahn est partout très-abondante et la nature y présente un vaste champ au botaniste et au zoologue. En général, l'état sanitaire est excellent ; des maladies endémiques, on n'y rencontre que les scrofules et les goîtres. Il est rare d'y voir des fièvres intermittentes, elles y viennent ordinairement des Pays-Bas.

Les sources minérales d'Ems sortent d'une roche quartzeuse très-dure, mêlées çà et là de couches plus ou moins fortes d'ardoise aluminée. Le nombre des sources, qui fournissent les eaux pour quatre-vingt-treize baignoires du courhaus, pour dix baignoires de la maison de pierre et pour huit des quatre tours, est très-considérable. La *Boubenquelle* avec sa douche ascendante se trouve dans le courhaus.

On se sert pour boissons des eaux du *Kesselbrounnen* (+ 37, 5° R.) du *Kraenchen* (+ 23° R.) et de la source de la maison de pierre (+ 30° R.)

Après avoir exposé l'histoire des bains et du courhaus, M. Doering signale les propriétés physico-chimiques des eaux minérales d'Ems, en communiquant les résultats des analyses de dix-huit sources instituées pendant les années de 1820-1822 par M. le professeur Kastner. En voici les tableaux :

(N° 1.)

Constitution physique et chimique des sources thermales d'Ems, d'après *Kastner*.

NUMÉROS et NOMS DES SOURCES.	Température.	Chaleur. spécifique.	Gaz dégagés de 16 onces par l'ébullition.			Résidu sec de 16 onces, gagné par l'évaporation.	Extrait organique dans 16 onces.
			a. acide carbonique.		b. azote.		
			pouc. cub.	grains.	pouc. cub.		
I. Sous la cuisine.	32°Réaum.	1,0040	12,632	6,948	0,05	30 grains.	0,25
II. Kesselbrounnen.	37—40°R.	1,0043	12,45	6,848	0,05	28 »	0,25
III. Wilhelmsbrounnen.	18°	1,0042	17,45	9,598	0,05	29 »	0 —
IV. Felsenbaeder, bains des rochers.	25°	1,0044	14,26	7,848	0,06	27 »	0 —
V. Bains du Kraenchen.	26—30°	1,0042	14,45	7,948	0,05	29 »	0 —
VI. Source du Kraenchen pour boisson.	24e	1,0038	17,45	9,598	0,002	31 1/2 »	0 —
VII. Wappenbrounnen.	19°	1,0040	15,17	8,348	0,05	30 »	0 —
VIII. Source froide près du Wappenbrounnen.	18—19°	1,0044	15,17	8,348	0,05	27 »	0 —
IX. Furstenbaeder, bains des Princes	28—31°	1,0043	12,81	7,048	0,003	28 »	0,15
X. Boubenquelle, source des enfants.	38°	1,0044	12,632	6,948	0,05	27 »	0,30
XI. Source devant le bâtiment du milieu.	36—39°	1,0045	12,632	6,948	0,06	25 »	0,30
XII. Sources du Rondel.	38—44°	1,0044	12,45	6,848	0,06	27 »	0,40
XIII. Dans le canal près de la Lahn.	35°	1,0040	12,81	7,048	0,05	30 »	0,30
XIV. Dans le mur de la Lahn.	40,5°	1,0045	12,26	6,748	0,06	25 »	0,30
XV. Dans la cave.	25°	1,0043	14,26	7,848	0,05	28 »	0,10
XVI. Source chaude dans la maison de pierre.	30°	1,0044	12,72	7,000	0,05	27 »	0,15
XVII. Source froide au même endroit.	21°	1,0045	17,00	9,348	0,03	25 »	0 —
XVIII. Source du bain des pauvres.	32°	1,0045	12,58	6,973	0,05	30 »	0,25

(N° 2.)

Aperçu des sels contenus dans 16 onces, conformément aux parties constituantes salines, d'après *Kastner*.

NUMÉROS et NOMS DES SOURCES.	Bicarbonate de soude.	Carbonate de chaux.	Carbonate de magnésie.	Sulfate de soude.	Muriate de soude.	Muriate de chaux.	Muriate de magnésie.	Carbonate de manganèse.	Carbonate de protoxide de fer.
I. Sous la cuisine.	20 grs.	3 grs.	2 grs.	1 grs.	3 grs.	0,5 g.	0,25 g.	0,125 grains.	0,0625 grains.
II. Kesselbrounnen.	20 »	3 »	2 »	1 »	1 »	0,5 »	»	»	»
III. Wilhelmsbrounnen.	20 »	3 »	2 »	1 »	2 »	0,5 »	»	»	»
IV. Felsenquellen, sources des rochers. .	18 »	3 »	2 »	1 »	2 »	0,5 »	»	»	»
V. Sources des bains du Kraenchen. . .	20 »	3 »	2 »	1 »	2 »	0,5 »	»	»	»
VI. Sources du Kraenchen pour boisson. .	21,5 »	3 »	2 »	1 »	3 »	0,5 »	»	à peine une trace	un peu plus de 0,0781
VII. Wappenbrounnen.	20 »	3 »	2 »	1 »	3 »	0,5 »	»	0,125 grains.	0,0625 grains.
VIII. Source froide du Wappenbrounnen.	18 »	3 »	2 »	1 »	2 »	0,5 »	»	»	»
IX. Furstenbaeder, les bains des Princes.	20 »	3 »	2 »	1 »	1 »	0,5 »	»	»	»
X. Boubenquelle, sources des enfants . .	20 »	1 »	1 »	1 »	3 »	0,5 »	»	»	»
XI. Source devant le bâtiment du milieu.	20 »	1 »	1 »	1 »	1 »	0,5 »	»	»	»
XII. Sources du Rondel.	20 »	2,5 »	2 »	0,5 »	1 »	0,5 »	»	»	»
XIII. Source dans le canal près de la Lahn.	20 »	3 »	2 »	1 »	3 »	0,5 »	»	»	
XIV. Dans le mur de la Lahn.	20 »	1 »	1 »	1 »	1 »	0,5 »	»	»	»
XV. Dans la cave.	20 »	3 »	2 »	1 »	1 »	0,5 »	»	»	»
XVI. Source chaude dans la maison de pierre	20 »	2,5 »	2 »	0,5 »	1 »	0,5 »	»	»	»
XVII. Source froide au même endroit . .	20 »	1 »	1,5 »	0,5 »	1 »	0,5 »	»	à peine une trace	»
XVIII. Source du bain des pauvres. . .	20 »	3 »	2 »	1 »	3 »	0,5 »	»	0,125 grains.	»

M. Doering passe ensuite en revue les différentes théories que l'on a émises, relativement à la formation des eaux minérales, tout en avouant que nous ne sommes pas encore parvenus à soulever le voile qui nous cache cette formation.

Dans la *deuxième section* M. Doering expose les effets des eaux minérales en général et ceux des eaux d'Ems en particulier, sur l'organisme. Il émet l'opinion, que toutes les eaux minérales constituent des médicaments, altérant et modifiant la forme de la vie, en déclarant du reste, que ce n'est pas seulement par leurs propriétés chimiques, mais encore par les effets qu'elles exercent sur le corps humain, qu'il faut juger de leur action thérapeutique.

Les eaux thermales d'Ems agissent d'une manière spécifique, calmante et antispasmodique sur le système nerveux, sur les membranes muqueuses, sur les glandes et sur l'appareil absorbant tout entier.

Ce sont surtout les reins, la peau et la muqueuse des voies aériennes ainsi que des parties génitales chez la femme, dont elles augmentent l'action éliminatoire. Il en résulte, qu'elles provoquent plus souvent des crises que des lyses.

Après avoir exposé les effets des différents degrés de chaleur des bains d'après les essais institués par M. le docteur Diel, M. Doering fait remarquer les effets et l'application des eaux d'Ems contre certaines prédispositions morbides et des maladies spéciales.

Il range parmi les maux, contre lesquels elles agissent d'une manière très-favorable, outre les prédispositions catarrhales et rhumatiques qui ont leur siége dans les différents systèmes du corps, un grand nombre d'affections des voies aériennes, savoir: les affections de la poitrine en général, qui ont leur foyer dans une autre région du corps que dans les organes de la respiration même, la défectuosité de la voie, l'aphonie, l'enrouement, l'inflammation chronique lente de la membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère, la phthisie pituitaire, l'inflammation chronique de la substance des poumons, du parenchyme pulmonaire, la faiblesse de poitrine, les tubercules des poumons, le crachement de sang, l'asthme, les scrofules, etc. Leur application convient en outre dans beaucoup d'anomalies des organes sexuels, dans la stérilité, dans les maladies du système nerveux, l'hypochondrie, l'hystérie, la phthisie nerveuse et dorsale, dans les engouements et stases des entrailles du bas-ventre, les hémorrhoïdes, les coliques et les crampes d'estomac, le pyrosis ou ardeur à l'épigastre; les aigreurs gastriques avec vomissement chronique et induration de l'estomac et du pancréas, la goutte, le rhumatisme, (combiné avec une constitution délicate, avec une irritabilité morbide),les éruptions chroniques et les ulcères de la peau, les maladies des organes urinaires (le catarrhe vésical, les hémorrhoïdes de la vessie, la gravelle et la

pierre), les anomalies du flux menstruel, la disposition à l'avortement, les fleurs blanches, les pâles couleurs, les ankyloses et les contractures, le marasme sénile commençant, l'obésité, etc.

Ces eaux sont nuisibles dans les affections inflammatoires actives et aiguës, dans la pléthore générale véritable, dans les hémorrhagies, dans les épanchements séreux (l'hydrothorax et les hydropisies du péricarde, etc.), dans les maux organiques idiopathiques du cœur et des gros vaisseaux, dans les consomptions prononcées, etc.

La dernière et quatrième partie de la deuxième section (pag. 117-199) est consacrée à la description du mode d'administration des eaux d'Ems. M. Doering s'occupe successivement des diverses méthodes de l'emploi des sources, du choix du temps pour les eaux, de la durée du traitement, de la préparation pour la cure, de la distribution de la journée, du régime pendant l'usage des eaux, du point de saturation, des incidents morbides pendant la cure, des effets consécutifs, de la conduite à suivre après l'usage des thermes et de la médication complémentaire, enfin de la manière dont on se baignait jadis à Ems.

La troisième section contient la description des lieux de récréation (promenades et excursions), des objets de distraction, ainsi que des renseignements sur l'état médical, les établissements de bienfaisance, sur le culte, les offices, la police, enfin sur les objets relatifs à l'économie domestique, savoir : les logis, les auberges, le dîner, le déjeûner, le souper, les moyens de se faire transporter, les boutiques, etc.

Dans l'appendice, M. Doering parle des dépenses, réglées par un tarif, de la poste aux lettres, des diligences et des chaises de poste. Il termine en indiquant la valeur usuelle des différentes sortes de monnaies et en donnant des avis sur leur change, sur les billets de banque, les lettres de crédit, etc.

Telle est, messieurs, l'analyse trop rapide de l'ouvrage de M. Doering, ouvrage qui a pris rang parmi les meilleurs travaux balnéographiques sortis de la presse allemande.

L'auteur en traduisant son livre l'a rendu accessible aux médecins belges; nous engageons ces derniers, et surtout nos confrères de Bruxelles, de daigner l'étudier soigneusement. Nous croyons d'autant plus devoir diriger l'attention de nos confrères sur ce livre, que d'un côté les eaux d'Ems sont uniques dans leur genre, et que de l'autre on rencontre très-fréquemment à Bruxelles, les maladies contre lesquelles ces eaux agissent de la manière la plus salutaire. Nous nous bornerons à indiquer les tubercules et la phthisie pulmonaire, maladies qui enlèvent chaque année à la capitale tant de victimes. Nous ne doutons nullement qu'un grand nombre de ces victimes pourraient se soustraire à une mort prématurée, si les individus pré-

disposés à la phthisie tuberculeuse se rendaient d'assez bonne heure aux sources bienfaisantes d'Ems et s'ils observaient, pendant leur séjour, strictement les avis de praticiens aussi distingués que M. Doering.

Il ne nous reste, messieurs, qu'à vous prier de vouloir bien donner votre sanction à notre proposition de conférer à M. Doering le titre de membre correspondant, en lui adressant des remercîments pour sa communication.

Bruxelles, le 4 juillet 1840.

UEBER DEN CATHETERISMUS DER EUSTACHISCHEN ROHRE;
Von George Hermann MOELLER,

Der philosophie und gesammten medecin-doctor, Krurhessischen militair-wundarzt und mehrerer gelehrten gesellschaften wirklicher mitglied.

(mit einer lithographirten tafel.) Cassel, 1836, bei. S. S. Bohne. X, 81. pag. in-8°.

(**SUR LE CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE;** par le docteur George Hermann MOELLER, etc., etc.

(Rapport lu dans la séance du 7 septembre 1840 (1).)

Messieurs,

Nous ne pourrions faire l'analyse de la brochure sur le cathétérisme de la trompe d'Eustache que vous a présentée M. le docteur Moeller, de Cassel, et sur laquelle vous nous avez chargés de vous faire un rapport dans votre séance du 7 octobre 1839, sans la copier toute entière. Nous nous bornerons en conséquence à vous dire que la brochure de M. Moeller, primitivement une thèse, a été élaborée par son auteur dans le but de faire mieux apprécier qu'il ne l'avait été jusque-là en Allemagne le cathétérisme de la trompe d'Eustache, dont il s'est occupé sans interruption pendant plusieurs années.

Le travail de M. Moeller est partagé en trois sections. Dans la première il expose d'après un ordre chronologique, l'historique du cathétérisme jusqu'à nos jours. La deuxième section est consacrée à la description anatomique de la trompe d'Eustache; ainsi qu'à des considérations sur son importance physiologique. Dans la troisième sec-

(1) *Commissaire,* M. Langlet, *rapporteur,* M. Rieken.

tion l'auteur passe en revue les maladies de l'oreille interne et de la cavité du tympan, leur diagnostic, leur pronostic ainsi que les indications thérapeutiques qu'elles réclament. La quatrième section enfin, contient la description de l'appareil instrumental dont on a besoin et de son mécanisme, ainsi que l'exposition des indications et des contre indications du cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Quant à notre opinion sur le travail de M. Moeller, nous n'hésitons pas à déclarer que nous le regardons comme instructif et important sous beaucoup de rapports. Les expériences qu'a instituées M. Moeller relativement au cathétérisme de la trompe d'Eustache ont fait faire à cette opération des progrès remarquables. Il serait donc à désirer que la brochure de M. Moeller fût rendue accessible aux médecins belges et français par une bonne traduction; ce serait une publication digne d'être entreprise par la Société Encyclographique.

En attendant nous vous proposons, messieurs, de voter des remercîments à M. Moeller et de lui conférer le titre de membre correspondant.

Bruxelles, le 2 août 1840.

HANDBUCH DER GESCHICHTE DER MEDIZIN NACH DEN QUELLEN BEORBERTIT;

Von doctor LESSING. Erster band, Berlin.

MANUEL DE L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE;

Par le docteur LESSING de Berlin.

Dans la revue des diverses époques médicales qui se sont succédées depuis les temps les plus anciens jusqu'à la période de Harvey, et qui fait l'objet de ce 1er volume, M. le docteur Lessing, en remontant aux annales les plus reculées de l'art, nous fait voir la médecine d'abord réduite à quelques pratiques connues de tout le monde, et applicables à certains cas généraux; bientôt les héros, les hommes puissants y trouvant un moyen d'augmenter leur influence, l'étude de l'art de guérir leur devint nécessaire. Heureux le temps où l'on n'assurait son pouvoir qu'en multipliant ses bienfaits! les poëtes, seuls historiens de la haute antiquité, nous apprennent en effet que la plupart des hommes qu'ils ont célébrés s'étaient livrés à cette étude. Les poëtes eux-mêmes voulurent consacrer par leurs chants, les bienfaits de cette

science divine, et Orphée, Musée, Hésiode, et nombre d'autres assujettirent ses préceptes au rhythme harmonieux de la poésie.

Plus tard la médecine devint le sujet des recherches des philosophes; le premier et le plus important service qu'ils lui rendirent, fut de la tirer de l'obscurité et de la dépendance dans laquelle elle était retenue; de nouvelles observations, des expériences répétées permirent dès lors d'agrandir son domaine, et l'esprit méthodique en composa un art. Mais chacun des philosophes célèbres qui s'occupèrent de la médecine, y porta les subtilités sur lesquelles il fondait la doctrine de son école, et la médecine embarrassée de ces fausses richesses, parcourut en quelque sorte le cercle entier des faux systèmes qui régnaient dans les diverses parties des connaissances humaines.

Enfin parut Hippocrate, et doué d'un génie aussi étendu qu'élevé, placé par sa naissance et par les circonstances dans lesquelles il se trouva, à portée de toutes les connaissances de son temps, nourri des sages leçons d'Hérodicus, profitant même des erreurs de ce médecin célèbre, formé à l'éloquence par l'orateur Gorgias, il voulut encore par ses voyages s'enrichir de sa propre observation. Ce fut ce grand homme qui, assignant à la philosophie et à la médecine leurs véritables rapports. délivra cette dernière des faux systèmes; et la ramenant dans sa route naturelle, l'expérience raisonnée, lui créa des méthodes sûres, en rendant, comme il le disait lui-même, la médecine philosophique. C'est dans de telles vues qu'il écrivit ces livres, dont le style nerveux et concis, est aussi admirable par sa simplicité que par sa précision, et qui, présentant à la fois les préceptes et les exemples, ont toujours été regardés depuis comme les bases de toute la vraie science médicale.

Les enfants et les disciples d'Hippocrate répandirent sa doctrine dans toute la Grèce; lui-même mourut comblé d'honneurs et de vertus après une longue carrière qui ne fut pas toujours exempte d'amertume; exemple mémorable qui pouvait effrayer le médecin honnête, mais timide; mais qui doit bien plutôt l'affermir contre des adversités auxquelles ce grand homme n'a pu se soustraire.

Dans le même temps, et peu après Hippocrate, l'école de Gnide, rivale de celle de Cos, dont il était devenu le chef, l'école de Pythagore, les deux sectes des Empyriques et des Dogmatistes, celle même des Pneumatiques, augmentaient le domaine de la médecine, tout en l'embarrassant des opinions particulières à chacun de leurs chefs.

Rome, gorgée des richesses qui la rendirent esclave, admit enfin les médecins qu'elle avait repoussés. On distingue parmi ceux qui s'y rendirent célèbres, Asclépiades, ennemi de la doctrine d'Hippocrate et de la médecine expectante; Thémison, chef des méthodistes; enfin Galien qui, frappé de la grandeur des vues et de l'excellence des principes du

vieillard de Cos, ramena la médecine à cette marche raisonnée et méthodique, mais la rendit obscure et incertaine, en voulant l'enrichir des connaissances immenses de tous les genres qu'il avait acquises.

Après la destruction de la bibliothèque d'Alexandrie, les débris de la science qui s'y était longtemps enseignée avec éclat, passèrent chez les Arabes; ceux-ci goûtant beaucoup plus Aristote et Galien, dont les subtilités convenaient mieux à leur tournure d'esprit que la marche simple et mesurée d'Hippocrate commentèrent et étendirent de tout leur pouvoir les idées de ces deux auteurs. On leur doit en particulier quelques améliorations dans l'art de préparer les remèdes, Rhazès, l'un d'entre eux, a décrit le premier la petite-vérole, et malgré les progrès des sciences, les descriptions de cette maladie peuvent encore être lues avec beaucoup de fruits.

Tel est l'esprit d'après lequel M. le docteur Lessing a caractérisé les principales périodes de l'histoire de la médecine.

Nous avons l'honneur de proposer à la Société de lui décerner le titre de membre correspondant.

Dr MEISSER.

COUP D'OEIL

SUR

L'HYGROMÉTRIE, THERMO-HYGROMÈTRE

ET SES USAGES.

Par M. F. NOLLET, membre résident.

Messieurs et chers collègues,

J'ai eu l'honneur de vous présenter, l'année dernière, un mémoire sur la conductibilité des fluides élastiques pour le calorique. A cette époque, je pensais pouvoir compléter mes expériences et vous offrir aujourd'hui un travail achevé; mais le temps m'ayant manqué pour terminer mes recherches sur ce sujet important, et ne voulant pas laisser écouler l'année sans remplir envers la Société un devoir que je considère comme indispensable, comme le meilleur soutien de sa réputation et

la garantie la plus sûre de son existence, j'ai trouvé dans mes recherches sur l'hygrométrie, l'objet d'un mémoire moins vaste, moins riche de faits que le précédent, mais susceptible d'applications utiles, et d'autant plus intéressant qu'il présente un moyen facile et exact de déterminer les différentes proportions de vapeur d'eau que l'air renferme.

Après avoir décrit mon procédé, je tâcherai de faire comprendre les avantages qu'on peut retirer de ses applications.

On partage en deux genres bien distincts les procédés hygrométriques connus : le premier comprend les hygromètres d'absorption usités depuis longtemps; le second renferme les hygromètres de condensation dont la découverte ne date que de quelques années. Ceux du premier genre sont fondés sur la propriété que possèdent toutes les substances d'enlever et de restituer alternativement de la vapeur aqueuse à l'air, suivant son état hygrométrique; les principaux sont ceux à fanon de baleine et à cheveu, inventés par Deluc et Saussure; mais ces instruments n'indiquant pas les proportions variables de vapeur d'eau contenues dans un volume donné d'air ne sont que de véritables hygroscopes sans indications précises ni de même valeur, malgré le perfectionnement apporté par M. Babinet à celui de Saussure, les tables de M. Gay-Lussac et les travaux de MM. Dulong et Melloni, sur le même objet.

Les hygromètres de condensation reposent sur ce principe vérifié par l'expérience : « Dans une atmosphère saturée de va-
» peur il ne peut se faire le moindre abaissement de tempéra-
» ture sans qu'au même instant il y ait condensation partielle de
» la vapeur. » Tout le monde sait, en effet, que lorsqu'un corps froid est transporté dans l'air chaud et humide, on le voit aussitôt se couvrir d'humidité; l'instant où ce phénomène se produit se nomme *point de rosée*. Il a toujours lieu à la température qui correspond à la tension maxima de la vapeur qui se trouve dans l'air, et dès lors il est facile de déduire le poids de la vapeur d'eau contenue dans un volume déterminé d'air.

L'hygromètre à capsule de M. Pouillet, celui de Daniels modifié par Kurner, etc., sont de ce genre; on y rapporte aussi celui de Leslie, fondé sur le froid produit par l'évaporation, et

celui de M. De Larive, basé sur la chaleur dégagée par la combinaison de l'acide sulfurique concentré avec la vapeur d'eau, que cet acide peut enlever à l'air en quantité variable, suivant l'état hygrométrique du fluide. Tous ces instruments présentant quelques difficultés dans leur construction et leur emploi, l'idée me vint déjà en 1836 de faire servir d'hygromètre un thermomètre ordinaire; je fis, à cet effet, un thermomètre à mercure à réservoir cylindrique, muni à sa partie supérieure d'un petit anneau d'or ou de vermeil, et recouvert sur le reste de sa surface d'une enveloppe de gaze fine. Comme réfrigérant on emploie de même que pour les autres hygromètres de condensation, l'évaporation de l'éther, mais il en consomme une plus faible quantité; il suffit de mouiller la gaze, soit en versant quelques gouttes de ce liquide ou en plongeant l'extrémité inférieure de la cuvette dans le petit flacon qui renferme l'éther, on voit bientôt déposer sur l'anneau la vapeur qui annonce le point de rosée; en même temps le thermomètre indique la température, et sur une seconde échelle on lit la tension correspondante de la vapeur d'eau et le poids qu'en renferme un mètre cube d'air au moment de l'expérience. Si l'on continue d'examiner l'instrument on voit disparaître en un instant la vapeur condensée et l'anneau reprend son éclat métallique; ce second effet se produit généralement à une température un peu supérieure à celle de condensation, et l'on peut considérer la moyenne comme étant précisément celle de la tension maxima. Quelques minutes suffisent pour faire ces deux observations, qui se contrôlent réciproquement.

Telle est la description de l'instrument que je vous présente et que je nomme *thermo-hygromètre*. On voit que le mode d'emploi en est facile, et que le principe étant connu, toute personne qui possède un thermomètre ordinaire peut en faire en même temps un bon hygromètre.

Je passerai maintenant à quelques observations sur l'application de l'hygromètre.

Jusque dans ces derniers temps, l'hygromètre n'a guère servi qu'à la météorologie; cependant le médecin comme l'industriel peuvent en tirer des indications utiles. Personne

n'ignore l'influence que l'air trop humide ou trop sec exerce sur l'homme, même en santé; mais c'est surtout dans certaines maladies que l'air saturé de vapeur d'eau est nuisible, tandis qu'il est favorable au traitement de quelques autres pendant lesquelles la respiration de l'air trop sec serait pernicieuse.

Le médecin ayant à sa disposition un moyen prompt et facile de s'assurer de l'état hygrométrique de l'atmosphère qui enveloppe le malade, pourra juger quelles seront les circonstances où il conviendra de dessécher l'air en plaçant dans la chambre du malade ou dans les salles des hôpitaux une substance hygrométrique peu coûteuse, et ne présentant d'ailleurs aucun inconvénient, de la chaux vive (oxide de calcium), par exemple, qui, en même temps que l'humidité, absorbera l'acide carbonique de l'air et celui versé abondamment par la respiration et par la lumière artificielle qu'on emploie pendant la nuit, et même les miasmes dangereux dont la vapeur aqueuse est, selon moi, le véhicule plutôt que l'air atmosphérique. L'état du malade réclamerait-il, au contraire, un air plus chargé de vapeur, on remplacerait l'oxide absorbant par de l'eau de chaux qui, en répandant une humidité pure, continuerait à assainir l'air en neutralisant l'acide carbonique. Du reste, ce ne sont là que des idées que l'étude de l'hygrométrie m'a suggérées, et je les offre sans aucune prétention à la méditation des médecins amis du progrès de leur art.

Les avantages qu'on peut obtenir de l'application de l'hygrométrie aux arts industriels sont plus faciles à démontrer, surtout pour ceux où il s'agit de l'évaporation des liquides : la concentration des solutions alcalines, acides ou salines, la cuite des sirops, le séchage des étoffes et d'autres produits, la cristallisation du sucre et des sels, etc., sont des opérations que peut retarder et même arrêter complétement la présence d'une trop grande quantité de vapeur dans l'atmosphère des locaux où s'exécutent ces opérations. Un exemple suffira pour convaincre de cette vérité les plus incrédules : si dans l'air à la température de 10° centigrades et contenant de la vapeur dont la force élastique est de $7^{m},6$ au lieu de 9,5 millimètres, c'est-à-dire aux 4/5 de saturation, on place en équilibre sur une balance une

capsule remplie de solution de sel marin (chlorure de sodium) ayant une densité de 1,205; on verra bientôt la balance pencher du côté de la capsule. Dans ce cas il y a donc absorption de l'humidité de l'air par la solution au lieu d'une évaporation, et cette action est bien plus sensible encore lorsque l'air est plus saturé de vapeur. Dans les fabrications que j'ai mentionnées l'usage du thermomètre est déjà devenu indispensable, et si en même temps on en fait un hygromètre par le moyen que j'ai indiqué, on aura un guide sûr qui rendra beaucoup d'opérations plus promptes et moins dispendieuses.

Je terminerai par la solution de la question suivante, qui ne me paraît pas être sans intérêt : Comment se fait il que l'air constamment en contact avec la surface immense des masses d'eau qui recouvrent une grande partie du globe terrestre, ne soit pas toujours saturé de vapeur? C'est que tous les corps inorganiques et organisés qui composent et peuplent la terre sont tous plus ou moins hygrométriques; ils tendent incessamment à enlever à l'air de la vapeur jusqu'à ce qu'ils en soient saturés, tandis que les évaporations continuelles restituent une partie de la vapeur qu'il perd : ainsi ces actions en sens opposé rendent très-variable l'état hygrométrique de l'air et de tous les corps de la nature.

Ce travail, Messieurs, n'est pas sans avoir une certaine connexion avec l'objet de mon précédent mémoire; les données de l'un me seront utiles pour compléter l'autre.

Tels sont les résultats de mes recherches et mes vues sur l'hygrométrie et ses applications, dont l'importance n'avait pas été jusqu'à présent suffisamment appréciée.

Ixelles, le 4 juillet 1840.

Rapport sur le mémoire qui précède (1).

Messieurs,

Notre collègue, M. Nollet, vous a présenté un mémoire d'une haute importance; vous nous avez chargés de vous en rendre compte; nous

(1) *Commissaires* MM. MOUREMANS et MEISSER, M. LEROY, *rapporteur.*

venons aujourd'hui, vous donner une analyse de ce travail intéressant.

Avant de décrire son instrument, M. Nollet passe en revue quelques-uns de ceux qui ont été employés jusqu'ici pour déterminer l'état hygrométrique de l'air. Ces instruments sont de deux espèces, les hygromètres d'absorption et les hygromètres de condensation. Les premiers ne sont que de véritables hygroscopes, sans indication précise ni de même valeur, malgré le perfectionnement apporté par M. Babinet à celui de Dessausure, les tables de M. Gay-Lussac et les travaux de MM. Dulong et Melloni sur le même objet.

En effet l'hygromètre à cheveu de Dessausure qui est encore de tous les hygromètres le plus en usage ne nous donne, dit Pouillet, que le moyen de comparer les divers degrés d'humidité; il nous permet de dire que l'air est à 60, à 80, à 100° d'humidité ; mais il ne nous dit rien sur la force élastique de la vapeur que cet air contient et par conséquent il ne résout pas la question fondamentale qui fait l'objet de l'hygrométrie. Il faudrait pour cela déterminer quelle est la force élastique de la vapeur qui correspond à chacun des degrés de l'hygromètre à cheveu, et cette détermination est très-difficile parce qu'il est évident que si cet hygromètre marque par exemple 80° d'humidité quand la température est à zéro et 80° d'humidité quand la température est à 30° les forces élastiques correspondantes à cette même indication de l'instrument ne sont certainement pas égales ; c'est ce qu'a cherché à résoudre le savant physicien Gay-Lussac à l'aide de ses tables, savoir quelles étaient les forces élastiques de la vapeur correspondant aux divers degrés que marque l'hygromètre à cheveu pour une température déterminée. Malgré le travail important de M. Gay-Lussac sur ce sujet, l'hygromètre à cheveu ne peut donner que des approximations sur la force élastique de la vapeur contenue dans l'air, parce qu'il est par sa nature un instrument trop irrégulier dans sa marche et soumis à trop d'incertitudes; à côté de ces défauts il a celui de s'altérer avec une telle rapidité qu'après un an il est presque indispensable de renouveler le cheveu.

Les hygromètres d'absorption ne répondant pas à l'attente des physiciens force fut de chercher à obtenir des instruments indiquant la force élastique de la vapeur à une température donnée et sa qualité dans un volume donné d'air.

L'hygromètre à capsule de Pouillet, l'hygromètre de Daniel et quelques autres encore, sont fondés sur ce principe, vérifié par l'expérience, que dans une atmosphère saturée de vapeur il ne peut se faire le moindre abaissement de température sans qu'au même instant il y ait condensation partielle de la vapeur.

Mais tous ces instruments présentant quelques difficultés dans leur construction et leur emploi, notre collègue eut l'heureuse idée, dès

l'année 1856, de faire servir d'hygromètre, un thermomètre ordinaire, à cet effet il fit un thermomètre à mercure à réservoir cylindrique muni à sa partie supérieure d'un petit anneau d'or ou de vermeil de la hauteur de 5 à 6 millimètres et recouvert sur le reste de sa surface d'une enveloppe de gaze fine. Il est étonnant qu'une idée si simple ne se soit pas rencontrée dès les premiers moments de la construction des hygromètres de condensation.

L'instrument de M. Nollet l'emporte sur tous les hygromètres construits jusqu'ici, par son exécution facile, son prix peu élevé et l'extrême précision avec laquelle on saisit le point de rosée ; indépendamment de ces avantages qui sont très-précieux pour les observateurs, il se trouve dans un petit tube disposé le long du thermomètre, diverses échelles indiquant tout à la fois, la température, la force élastique de la vapeur au point de rosée, et sa quantité. Son usage est des plus faciles, il suffit de plonger la partie du thermomètre enveloppée de gaze, dans un flacon contenant de l'éther et de le retirer immédiatement pour obtenir le point de rosée. Cette expérience, comme on le voit, est des plus simples et dispense de recourir à des dispositions préalables. Cet instrument a un autre avantage, c'est le peu de temps qu'il demande pour faire les observations hygrométriques. C'est ce qui ressortira de l'expérience suivante :

Nous avons commencé par l'hygromètre à capsule de Pouillet, cet instrument marquait 12° 25 ; pour obtenir le point de rosée qui a eu lieu à 4° il a fallu 5 minutes.

Avec l'hygromètre de Daniell, le thermomètre extérieur marquait 71° Farh., celui de l'intérieur du tube marquait 72° Farh., le point de rosée a été obtenu à 42° Farh. Il a fallu 9 minutes pour obtenir le point de rosée.

Avec le thermo-hygromètre de notre collègue, M. Nollet, l'instrument marquait 22° centigr., le point de rosée a été obtenu à 5° centigr. en 3 minutes et 15 secondes.

Nous ferons remarquer que la grande différence qui existait entre l'instrument de M. Pouillet qui ne marquait que 12° 25 au moment de l'opération tandis que celui de M. Nollet marquait 22° centigr., provient de ce que l'instrument de M. Pouillet renferme dans son intérieur une petite quantité d'air qui empêche le libre mouvement de la colonne mercurielle ; quoi qu'il en soit le résultat a été le même si toutefois les degrés de Pouillet correspondent aux degrés de Réaumur.

Le temps que l'on met à faire les observations hygrométriques avec les hygromètres de condensation actuellement existants et les apprêts qu'ils exigent sont peut-être cause que l'on recours encore de préférence à l'hygroscope de Dessausure.

Les physiciens sauront donc gré à notre collègue, M. Nollet, d'être parvenu à construire un instrument non-seulement peu couteux et d'un emploi très-facile, mais d'une très-grande précision, et nous osons prédire que cet instrument se répandra avec autant de profusion que le baromètre, le thermomètre et les aréomètres; et que les observations hygrométriques marcheront de paire avec les observations barométriques et thermométriques.

Après avoir fait la description de son instrument auquel il propose de donner le nom de *thermo-hygromètre*, M. Nollet démontre les avantages de son application à la médecine et à l'industrie.

Nous vous proposons, messieurs, de voter des remercîments à notre collègue pour son importante communication et d'ordonner l'impression de son mémoire dans le plus prochain numéro de nos Annales.

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.

OBSERVATION REMARQUABLE

DE

MÉDECINE PRATIQUE ;

Par le docteur J. VANHOOF, de Bouchaut, membre correspondant.

Ad summos morbos, summæ ad unquem curationes adhibitæ, optime valent.

Hipp. S. I. Aphor. 6.

Au début de ma carrière médicale, le 15 juillet de l'année 1830, je suis appelé en toute hâte chez le sieur C... pour donner mes soins à son ouvrier; il était environ six heures du soir. Arrivé là, je trouve sur un tas de paille, dans la cour, le nommé Philippe Aerts, âgé de 38 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, dans l'état suivant : couché en supination, bras étendus, paupières fermées, aspect cadavereux de la face, lèvres violettes et tuméfiées, température du corps analogue à la période algide du choléra, perte de connaissance absolue, résolution générale; pouls petit, serré, irrégulier et intermittent, contractions du cœur désordonnées et tumultueuses; la respiration n'a lieu que par de profonds soupirs que le malade pousse de temps en temps. Par moments la suffocation paraît imminente, et alors il se relève en sursaut, se débat avec une telle force que quatre hommes peuvent à peine le maintenir dans sa position. Alors aussi le pouls se relève, devient plus régulier, la face s'anime et s'injecte puis il retombe insensiblement dans sa première prostration; et sans les soupirs et les battements ondulatoires du cœur on le croirait mort.

Voici les renseignements obtenus concernant son état : jouissant d'une santé, qui ne s'était jamais démentie, il a mis du lin à

l'eau, où, plongé jusqu'à la région thoracique, il est resté depuis dix heures du matin, jusqu'à cinq heures de relevée, sept heures continues. Sorti du fossé il quitte ses effets mouillés, se couvre d'habits propres, et fait une demi-lieue en charrette pour retourner chez son maître. Étant à table il gagne une lypothymie; comme un peu de vinaigre reniflé le fait revenir à lui, il continue à manger jusqu'à ce qu'une deuxième faiblesse vienne forcer ses commensaux de le conduire en plein air. Traitement : une saignée quoique bien pratiquée ne fournit pas de sang; seulement dans les agitations brusques, un sang noir et épais sort par jets de la veine. Je laisse couler le sang et fais conduire le malade au lit. Voyant que c'était bien là l'*occasio præceps* d'Hippocrate et d'après le précepte : à de grands maux il faut de grands remèdes, je m'informe s'il n'y a pas d'eau chaude à la main. Par bonheur un coquemar est en pleine ébullition; je le vide, en forme de douche sur les extrémités inférieures. Au milieu de l'affusion, le pouls se relève le malade fait une profonde inspiration, ouvre les yeux, et se dit soulagé. Le sang commence à couler; ses réponses sont lentes quoique justes, il n'accuse qu'une oppression et un poids à la région précordiale, il n'a pas de douleur; après avoir retiré une palette de sang la bande est appliquée.

Enhardi par ce premier succès, je fais maintenir de l'eau en ébullition, des linges y sont trempés et continuellement appliqués sur les membres supérieurs et inférieurs; potion sudorifique avec le spiritus mindereri à l'intérieur, et du thé tout chaud pour boisson. A la moindre diminution de température l'oppression redouble, le pouls s'affaiblit, et la lypothymie revient, mais les douches parviennent toujours à rappeler le malade. Peu à peu la chaleur de la peau revient, le pouls se développe, la face est meilleure, il répond à toutes les questions, l'orthopnée est grande, toux légère avec expectoration de crachats muqueux peu abondants. Après avoir bien recommandé de renouveler fréquemment les tampons, je quitte notre homme à dix heures du soir.

On vient me rechercher à minuit, disant que le malade se meurt. En effet, il est replongé dans son premier état, et les douches ont perdu leur vertu première, le pouls a disparu, les

contractions du cœur sont précipitées, et à peine sensibles. Douze sangsues sont appliquées à la région précordiale; à peine ont-elles pris, le malade est rappelé de nouveau, et commence à espérer de son salut. L'engourdissement des membres a diminué, la réaction s'opère, une légère moiteur paraît à la peau, la faiblesse est la seule chose dont il se plaint, les piqûres sont maintenues ouvertes et c'est encore du sang noir qui s'en écoule.

Le 16, il est en pleine transpiration, le pouls est fréquent, plein, dur, et un peu irrégulier, respiration gênée, face animée, tête lourde, beaucoup de tendance au repos, mais le sommeil est trompeur, à peine a-t-il fermé la paupière que la lypothymie reprend son empire. Saignée de 16 onces, on continue la même mixture, et la même diète : il est surveillé de près, et on l'empêche de dormir.

Le 17, son état, sauf la régularité du pouls, est le même que la veille, le pouls, toujours fébrile, est difficile à comprimer, saignée de 16 onces, même traitement.

Le quatrième jour il va de mieux en mieux; les membres sont plus agiles, la respiration plus libre, le pouls moins fébrile et plus souple; l'appétit se fait sentir, plus de faiblesses; la congestion cérébrale a diminué; son sommeil est devenu réparateur; aussi le laisse-t-on dormir en paix ce que j'avais défendu les trois premiers jours. Les sudorifiques sont continués, au thé est adjoint un peu de lait; le malade a eu une selle.

Cinquième jour. Le mieux se soutient.

Sixième jour. Le pouls est un peu plus dur et plus fréquent. Quoique toujours en sueur, le malade est un peu assoupi et accuse une pesanteur à la région précordiale. Saignée de 14 onces; le sang qui jusqu'alors avait été très-noir, épais et parsemé de taches couenneuses, change d'aspect, et se prend en caillot fibrineux nageant au milieu d'un serum peu abondant.

Septième jour. Il a passé une très-bonne nuit, le pouls se rapproche de l'état normal, toutes les fonctions, excepté la respiration qui est encore un peu gênée, sont naturelles; cinq sangsues sur la poitrine rétablissent la liberté de la respiration. On cesse les sudorifiques et le bouillon est accordé. Depuis lors la convalescence s'est franchement établie, il s'est levé le huitième

jour, mais ne put marcher. Une nourriture légère et accordée par degrés lui a fait insensiblement récupérer ses forces, et trois semaines plus tard il avait repris ses petites occupations. Mais un jour, ayant ôsé braver un soleil trop ardent, il est bientôt terrassé, et il faut du thé chaud, je dirai bouillant, pour le tirer de son engourdissement. Les deux premiers mois, la moindre fatigue ou l'exposition à une température trop élevée occasionnaient des faiblesses. Cette même année j'ai été forcé de le saigner quatre fois; il tombait par moments comme s'il eût été assommé à coups de marteau, tant était grande cette tendance centripète des humeurs. La deuxième année la saignée générale a été pratiquée trois fois, la quatrième et cinquième une seule fois, les signes avant-coureurs étaient, l'engourdissement des membres, une pesanteur de tête, un commencement d'orthopnée, le pouls plein, dur et un peu fébrile. Le sang quoique n'ayant plus ces taches couenneuses, était toujours très-noir et plastique. Les deux premières années il ne put plonger les mains dans l'eau froide, qu'elles ne fussent aussitôt engourdies et comme paralysées.

J'évalue la quantité d'eau bouillante employée à quatre pieds cubes d'eau, et une seule phlyctène, de la grandeur d'une aveline, s'est manifestée sur le dos du pied droit.

Depuis 1835, Philippe Aerts a récupéré son premier état, exerce la profession de batteur d'huile avec la même agilité qu'auparavant, et continue de jouir d'une parfaite santé.

Quel est le genre de maladie qui a mis notre homme à deux doigts de sa tombe? comment a agi l'eau bouillante? et d'où vient qu'une aussi forte et aussi longue adustion n'ait pas causé de plus grands ravages? Essayons de répondre à ces questions : le froid d'abord doit être envisagé comme cause première; vient ensuite l'air vicié que le malade a respiré, et en troisième lieu le repos gardé par lui. Le premier effet du froid sur l'économie animale est d'arrêter la transpiration cutanée et de resserrer les tissus; il s'ensuit que la circonférence du corps doit diminuer d'étendue; les muscles se contractent, s'engourdissent, et par là compriment les vaisseaux dont la capacité diminue; les capillaires s'obstruent; les veines s'engorgent, et les humeurs qui

naturellement se portent à la périphérie, sont refoulées au centre; le sang s'accumule dans les organes intérieurs, dont les fonctions se troublent; la respiration devient difficile et gênée, le cœur a beau redoubler d'effort, la circulation ne peut plus se faire, et si l'on n'y porte remède, la vie sera bientôt en danger. Et ici nous supposons toujours que ce soit le froid seul qui fasse sentir sa funeste influence; mais si en même temps un air vicié est inspiré, l'atteinte portée à l'organisation sera d'autant plus grande que les gaz auront été ou moins respirables ou plus délétères; un sang rutilant et animateur ne sortira plus du grand laboratoire thoracique, le cœur n'ira plus en vivifier toutes les parties; mais un liquide hétérogène et malfaisant pénétrera nos organes, une atteinte funeste sera bientôt portée à l'innervation, et pour peu que cet état dure, il est facile de prévoir quel en sera le résultat. C'est dans ces circonstances que notre malade s'est trouvé; il n'a pas seulement ressenti l'effet du bain froid, mais il a respiré, pendant sept heures, un air méphitique et malfaisant. Qui n'a déjà senti cette odeur putride particulière, qui, dans la saison d'été, s'exhale de ces puits d'eaux croupies et bourbeuses, véritables officines, où les cultivateurs viennent, à tour de rôle, placer leur lin, qui y séjourne jusqu'à un premier degré de putréfaction? Certes, l'hématose et l'innervation ont dû s'en ressentir. Il pouvait encore se soustraire à tout ce cortége de symptômes effrayants, s'il se fût livré à un léger exercice, et que l'action des muscles eût été mise en jeu; le plus ou moins de trouble qui déjà entravait l'exercice des fonctions, eût pu être réparé; mais le repos qu'il a gardé n'a pas peu contribué à l'explosion de la maladie, que j'envisage comme un commencement d'asphyxie par défaut de conversion de sang veineux en sang artériel, produit par une gêne de la circulation occasionnée par le froid, et par l'inspiration prolongée d'un air vicié.

Combattre les congestions existantes, en prévenir d'autres, rappeler la fonction de la peau et rétablir l'équilibre des humeurs du centre vers la périphérie, telle était, je pense, l'indication; tel aussi a été le traitement que nous avons suivi; mais, hâtons-nous de le dire, l'eau bouillante a été le moyen héroïque,

le remède par excellence. L'action des révulsifs est connue, *ubi stimulus ibi fluxus*. On stimule un point, on provoque l'afflux des humeurs vers un organe, pour en débarrasser un autre, on tâche d'obtenir une métastase artificielle, et l'irritation nouvelle doit être en raison directe de l'intensité du mal qu'on cherche à combattre. De toute la classe des dérivatifs, quel est celui qui put m'offrir ici le plus de garantie? la vie prête à s'éteindre réclamait une action vive et instantanée, l'engourdissement était général, il fallait conséquemment une dérivation vaste et étendue; et ces avantages, l'eau bouillante les possédait : son emploi est facile, et ses effets des plus prompts.

M. Marjolin, dans un cas presque désespéré, où les vésicatoires, les sinapismes et la teinture de cantharides faisaient à peine rougir la peau, y a trouvé son ancre de salut (1).

D'où vient que l'eau bouillante qui, selon les diverses circonstances, peut produire tous les degrés de brûlures, ait agi ici, quoique employée pendant six heures, sans presque laisser de traces? Pour qu'un organe puisse être irrité, il faut qu'il soit sous l'influence des conditions essentielles à la vie, la circulation et l'innervation. Or, la vitalité avait disparu des membres du malade; le stimulus vital, le sang artériel avait cessé de les vivifier, ils étaient stupéfiés par le sang veineux, et l'action du cerveau, par l'impression funeste qu'il avait reçu, ayant cessé, l'irradiation nécessaire à la vie, qu'il exerce sur tout le système nerveux, devait nécessairement y être anéantie. Donc, si une petite phlyctène a paru, c'est que déjà un léger soufle animateur avait reparu, que l'acte respiratoire se régularisait, et que le cerveau allait reprendre son empire. Une fois la vie rappelée, il fallait cesser la révulsion; aller au delà eût été franchir les bornes de la prudence et exposer le malade à des maux qui eussent pu lui être plus funestes que la maladie première, *est modus in rebus*.

Il est fâcheux qu'une certaine mode doive aussi régir les médecins, et malheureusement le *multa renascentur quæ jam cecidere*, etc. (2), est par trop applicable à l'art de guérir. L'eau

(1) *Nouveau Dictionnaire des sciences médicales*. Brux. 1830, t. 3, p. 366.
(2) Horatius. *De arte poeticâ*.

bouillante, ce puissant levier n'est plus à l'ordre du jour. Son emploi, dans notre siècle de progrès, semble proscrit du traitement des maladies, tandis que nos pères prônaient ses bons effets et en firent un fréquent usage : et pourquoi pas? ils ne se sont pas non plus reposés sur leurs lauriers, et ils avaient pour eux le grand maître de la thérapeutique, l'expérience. Aussi suis-je étonné qu'un grand génie comme Laënnec n'en fasse aucune mention dans son *Traité de l'auscultation médiate*, au chapitre du traitement de l'apoplexie pulmonaire, où cependant ce mode d'adustion peut être très-utile; comme aussi dans les syncopes prolongées, les apoplexies foudroyantes, les hémorrhagies subites et violentes, les métastases, les affections comateuses, et les léthargies; dans ces sortes de maladies son action doit être souvent héroïque. Qu'on ne m'accuse pas d'être rétrograde et de chercher à flétrir la gloire de nos grands hommes; avec Kleinius je professe la liberté de la médecine, et je pense que tout praticien doit lire et relire les anciens, consulter les modernes, choisir l'utile et garder le vrai; le vrai seul est beau, le vrai seul est durable.

LEONTIASIS. (ELEPHANTIASIS DES GRECS.)

Observation présentée à la Société;

Par les docteurs **MIDAVAINE** et **DÉCONDÉ**, membres résidants.

Decoster, canonnier au 3e régiment d'artillerie, est entré à l'hôpital de Liége, en septembre 1838, comme ophthalmique; après un séjour de deux mois il accuse une tumeur à l'aine gauche, tumeur qu'il dit avoir remarquée six mois auparavant : elle était du volume d'un gros œuf de pigeon; M. Midavaine s'étant assuré qu'il n'avait jamais eu de maladie syphilitique, le fit passer aux blessés; là il subit un traitement consistant d'abord en applications de sangsues et de cataplasmes émollients, ensuite en frictions résolutives faites tantôt avec l'onguent mercuriel, et tantôt avec l'hydriodate de potasse; la compression fut aussi

mise en usage, et l'iode prescrit à l'intérieur, mais la tumeur, d'abord indolente, au lieu de diminuer, acquit au contraire le volume d'un gros œuf de poule; comme elle était mobile sous la peau, et sans adhérence aucune aux parties sous-jacentes, il en fit l'extirpation, en ayant soin d'enlever la peau dans une certaine étendue, afin d'emporter tous les tissus malades. La cicatrisation de la plaie a été très-lente, et ce n'est que trois mois après l'opération que le malade a quitté l'hôpital entièrement guéri.

Deux mois après sa sortie Decoster voit sa tumeur reparaître et revient à l'hôpital. En peu de temps elle prend des dimensions énormes; placée dans l'aine, dont sa partie allongée suivait le pli, elle semblait avoir remplacé la cicatrice résultant de l'extirpation, ou bien celle-ci était énormément boursoufflée et dure; la tumeur offrait une étendue de six pouces de long sur trois de large, elle était très-adhérente aux parties sous-jacentes dans la profondeur desquelles elle semblait s'étendre, et formait dans l'aine un relief dont les bords abruptes dépassaient la peau qui lui était contiguë de plus d'un pouce; la tumeur était dure comme le cartilage, et sensible à la pression seulement en deux petits points circonscrits sur les bords. Le malade ne perçoit point d'élancements dans la partie, ni de douleur prononcée, le moindre attouchement avec l'ongle cependant lui est douloureux; la tumeur est luisante, et sa surface bosselée, quoique ne formant qu'une masse compacte; la peau des parties voisines ne tarda pas à offrir quelques nodosités, en même temps que, çà et là, il s'en manifesta sur les cuisses et les jambes; elles avaient la forme d'une plaque isolée, rouge et dure, de la grandeur d'une pièce de cinq centimes, et formant une petite proéminence au-devant de la peau.

On crut à l'existence d'un squirrhe, et les symptômes qui suivirent parurent confirmer ce diagnostic; les gencives se tuméfient, les portions interdentaires sont gonflées, saignantes, et paraissent autant d'épulides.

Il en est de même de la peau et du tissu cellulaire qui entourent la mâchoire inférieure, qui s'engorgent, se tuméfient, forment bientôt une masse dure comme le cartilage, et paraissant partout adhérer à la mâchoire inférieure; l'haleine était d'une fétidité

extrême, en même temps que des douleurs insupportables minaient la constitution de l'individu, et occasionnaient l'insomnie. A cette époque (commencement d'octobre 1839), Decoster se rendit à Namur pour y subir une contre visite afin d'obtenir sa réforme, à son retour ses douleurs augmentèrent, et amenèrent un amaigrissement considérable; il était alors, depuis fort peu de temps, soumis à l'usage de l'iode combiné sous forme pilulaire avec l'extrait de ciguë dont il prenait par jour 2 à 3 gr. de chaque, tandis que sur la tumeur de l'aine il laissait constamment une couche épaisse de pommade avec l'hydriodate de potasse ʒj, iode gr. vi, axonge ℥j; sur la tumeur de la mâchoire il ne put jamais supporter cette préparation, mais on parvint à calmer la douleur au moyen de linges mouillés dans une décoction de guimauve laudanisée.

A plusieurs reprises le traitement dut être suspendu, à cause de la propagation du mal de la mâchoire et des gencives au voile du palais, aux amygdales et au pharynx; mais on y revint chaque fois que l'état de ces parties s'améliora. Il est à remarquer que malgré la profondeur de la lésion dont nous parlons, l'appétit resta bon et même augmenta.

Cet état resta stationnaire pendant quelque temps, puis, tout à coup, il survint un nouveau gonflement de la bouche et de la gorge avec impossibilité d'écarter les mâchoires, d'avaler, accompagné de fièvre et de diarrhée; et au moment (20 novembre 1839) où la force du malade était presque épuisée, où la tumeur de la mâchoire le faisait souffrir d'une manière horrible, et lorsqu'on se croyait à la veille de le perdre, survint tout à coup une amélioration inespérée; la tumeur de l'aine disparut en quelques jours, après s'être préalablement ramollie. L'état de la mâchoire s'améliora également; les parties indurées se ramollirent, diminuèrent de volume, pour se dégager bientôt complétement, en même temps que les gencives et la muqueuse buccale qui, depuis bien des jours, n'avait pu être inspectée à cause du resserrement de la mâchoire déterminé par l'induration des parties voisines, reprirent leur aspect normal; l'alimentation qui, depuis les symptômes graves qui avaient envahi la bouche, n'avait pu être que fluide, et par intervalles nulle, put redevenir solide, et le ma-

lade par un appétit des plus voraces récupera bientôt ses forces.

Le malade passa trois ou quatre semaines sans se ressentir le moins du monde de sa maladie; plus de tuméfaction ni d'induration à la mâchoire ni à l'aine; plus de plaques tuberculeuses aux jambes, etc., il prenait rapidement de l'embonpoint. Dans cette occurrence, les réflexions ne manquèrent pas; à quoi avait-on eu affaire? la majorité de ceux qui remarquèrent la maladie crurent à une affection cancéreuse, quoique l'on n'eût pas observé de véritable douleurs lancinantes, telles que celles qui se manifestent dans le cancer, d'autres plus sceptiques ne pouvant croire à la guérison du cancer, guérison qui ici aurait été si prompte, crurent à l'existence d'une autre affection qui cependant de leur aveu n'avait pas de caractère saillant propre à la distinguer de cette affreuse maladie.—Quant à nous, nous crûmes à l'existence d'un cancer, et pour un instant nous pensâmes que l'iode et la ciguë administrés à l'intérieur et à l'extérieur avaient modifié l'économie, et y avaient déterminé un état cachectique spécial, incompatible avec celui de la maladie cancéreuse ou neutralisant celle-ci, c'est ce qui nous semblait devoir expliquer la disparition de la maladie.

Mais nous fûmes bientôt à même d'observer une nouvelle maladie. Decoster qui avait récupéré la santé, pris de l'embonpoint, et offrait une peau colorée, commença le 31 décembre 1839, à nous offrir une nouvelle série de symptômes qui ne nous laissèrent plus de doute sur la nature du mal.

Ce jour-là un léger gonflement avec coloration rouge se manifeste sur le côté du nez; ce gonflement offre la plus grande ressemblance avec l'érysipèle, mais n'est pas douloureux, et présente des duretés au toucher, et des élevures à la vue; il s'étend insensiblement aux joues, à la lèvre supérieure, aux paupières mais surtout aux supérieures; la conjonctive des paupières et du repli se tuméfie et forme un chémosis charnu très-épais et dur; le mal s'étend au front, aux tempes, au col et à l'oreille, quoique d'une manière beaucoup moins prononcée dans ces deux dernières parties; le gonflement de la membrane du conduit auditif explique la surdité assez prononcée qui existe également; en

même temps que la face se tuméfie, le bas ventre est couvert de plaques tuberculeuses, cette fois assez rapprochées, et en promenant les doigts sur la peau des membres on sent en même temps la tumeur de l'aine se montrer de nouveau.

A cette époque la figure de Decoster est extrêmement enflée; la largeur d'une parotide à l'autre est énorme, la surface tuméfiée, dure, parsemée de petites bosselures, surtout sur les côtés du nez, aux joues et à la face cutanée des lèvres; les paupières supérieures offrent au toucher la dureté et la résistance du cartilage; les fosses nasales sont presque bouchées par suite du gonflement de leurs parois et de la lèvre supérieure; c'est à peine s'il peut écarter les lèvres pour laisser entrevoir la langue qui a conservé son volume normal; aussi la respiration est-elle excessivement gênée et très-bruyante; les sons qu'il profère sont gutturaux et ne peuvent que rarement être compris par nous.

Dans cet état la figure de Decoster offre une ressemblance frappante avec la face d'un lion, et cette ressemblance augmente encore lorsqu'il porte la tête de l'un ou de l'autre côté; dans ce moment l'on croirait voir le lion qui redresse majestueusement la sienne, et qui, à droite ou à gauche, promène fièrement son regard; cet état n'est pas en ce moment bien douloureux, même à la pression, mais le toucher avec l'ongle est on ne peut plus sensible; toute la région sus-hyoïdienne participe à la tuméfaction, ainsi que le menton; au-dessous de cette région on ne remarque plus, comme sur le reste du corps, que des bosselures isolées quoique confluentes, et d'énormes ganglions en relief sur la peau, les bosselures ou tubercules sont plus prononcés sur la face antérieure des avant-bras et des bras et sur l'abdomen qu'ailleurs; la tumeur de l'aine a reparu en partie, mais cette fois les ganglions de l'aine droite se sont fortement tuméfiés; les testicules offrent chacun le volume d'un œuf de poule, ils sont durs; ils ne sont douloureux que par leurs poids en tiraillant les cordons spermatiques. *Il n'y a point d'érotisme ni de fréquentes érections.*

Le 31 janvier, il y a de l'amendement, les lèvres offrent moins de dureté à la pression.

Le 2 février, toute la face nous paraît s'être un peu dégor-

gée; la lèvre supérieure est plus molle, plus distante du nez; les lèvres s'écartent davantage, et bien que la respiration soit toujours très-pénible et bruyante, elle est cependant plus aisée; les paupières supérieures sont ramollies.

C'est ce jour-là que le croquis de la face de Decoster a été pris.

Le 3, l'amélioration est encore plus manifeste, mais à dater de ce jour jusqu'au 7, son état semble rester stationnaire; du 7 au 10, un nouveau mieux se prononce, les lèvres diminuent sensiblement de volume; les paupières se sont tellement dégorgées, qu'un léger sillon les tient écartées et permet au malade de distinguer la lumière, ce qu'il n'avait pas encore fait depuis quatre semaines; à cette époque, des bosselures discrètes sont remplacées de chaque côté aux avant-bras, sur le bord radial, par des plaques tuberculeuses, grandes comme la paume de la main, et qui s'étendent rapidement et causent de la douleur au malade.

Le 10, le dégorgement de la paupière supérieure nous permet de découvrir le bord libre de la paupière inférieure, qui est érodé et comme déchiqueté. Le malade se plaint de souffrir.

A partir de ce jour jusqu'à la fin de février, la figure nous paraît tour à tour dégorgée en un point, ou renflée dans un autre; à la fin de février les lèvres sont de nouveau devenues dures, ainsi que les paupières supérieures. Les deux plaques tuberculeuses que nous avons vues se développer aux faces extrêmes de l'avant-bras, prennent de plus en plus d'accroissement, elles forment un relief très-prononcé, ont une teinte rouge-brun, et une chaleur assez prononcée; elles ne sont que peu douloureuses, même à la pression : le malade se plaint, pendant quelques jours, d'éprouver des douleurs lancinantes dans la joue droite.

A dater du commencement de mars, l'état du malade, à part quelques coliques vagues et rarement durables qu'il éprouve, semble s'améliorer; la peau de la face se dégorge insensiblement, prend une teinte pâle, un peu jaunâtre; les petites saillies tuberculeuses y disparaissent, et l'épiderme s'exfolie; les lèvres se dégorgent aussi, mais moins; elles permettent de voir la

langue qui n'est nullement enflée, mais offre toutes ses papilles développées, une apparence rugueuse. Les gencives sont évidemment malades, tuméfiées, et ont quelque chose de l'épulis. Les plaques tuberculeuses de l'avant-bras diminuent sensiblement et disparaissent pour ainsi dire complétement vers le 20 mars. Le malade n'a cessé, depuis sa maladie, de dormir profondément pendant la nuit, et a toujours joui d'un appétit tellement vorace, qu'il était impossible de le satisfaire et qu'il employait tous les moyens possibles pour se procurer des aliments; il mangeait même pendant la nuit.

Le 17 mars, des douleurs de ventre très-fortes se sont montrées pendant la nuit, elles ont cessé après une selle abondante et claire; le traitement adopté contre la maladie de la peau est momentanément supprimé et remplacé par une potion gommeuse.

Le 22 mars, le malade a eu 5 selles liquides, précédées de coliques; le ventre n'est pas ballonné, il est souple et insensible à une légère pression. La réaction est presque nulle, et le pouls, qui depuis le début de la maladie a toujours offert de la fréquence et de la dureté, se soutient dans le même état; l'appétit reste vorace, l'haleine est d'une fétidité insupportable et infecte l'air ambiant à une assez grande distance.

Decoster est mis au régime; on observe la diarrhée que l'on ne cherche pas à supprimer; on compte même sur son existence momentanée comme pouvant apporter quelqu'amélioration dans l'état éléphantiasique. En effet, le 23 et le 24 mars, nous reconnaissons un dégorgement très-sensible des parties tuméfiées (le malade a cinq selles en 24 heures).

Nous croyons cependant, le 24 mars, devoir nous opposer à cette diarrhée qui affaiblit considérablement le malade; en conséquence, nous prescrivons une mixture laudanisée et des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 25, même état; le 26, idem; ce jour nous découvrons sur le malade un grand nombre de pétéchies, surtout sur la poitrine et la face antérieure des bras et des avant-bras; elles sont très-grandes (2 lignes de diamètre) et de forme irrégulière; le malade est plus affaibli, et le pouls, tout en conservant sa fréquence,

est plus faible. Decoster n'a cependant eu que trois selles, mais éprouve des ténesmes continuels; le ventre n'est nullement ballonné, ni dur, ni sensible à la pression.

Le 27 au matin, Decoster n'a eu que deux selles dans les 24 heures; encore la seconde a-t-elle été exonérée pendant la visite, et offre-t-elle, à part la mollesse pulpeuse, tous les caractères d'une bonne selle. L'état général était le même que la veille, et bien qu'il fît craindre une issue fâcheuse, personne ne la croyait imminente; aussi fut-ce avec la plus grande surprise que le lendemain nous apprîmes que le malade s'était éteint vers trois heures de l'après dînée, sans souffrances, sans convulsions, sans agonie.

Traitement.

La maladie, prise à son début pour un érysipèle, fut traitée en conséquence, et ce ne fut que plus tard, lorsqu'on vit à quelle lésion on avait affaire, qu'on eut recours à un traitement spécifique.

L'iode et la ciguë nous ayant paru, lors de la première invasion du mal, apporter des changements avantageux, nous eûmes recours à la médication suivante : ℞ ciguë, ℨj; iode, gr. xij pour 60 pilules à prendre une matin et soir; le nombre en fut augmenté insensiblement, mais ne dépassa pas cinq. En même temps on fit faire des frictions sur les parties malades avec une pommade dans laquelle entrait ℨj d'extrait de ciguë. Une pommade iodurée fut essayée, mais ne put être supportée.

Cette médication continuée jusqu'au 21 janvier n'ayant pas eu de résultat bien avantageux, est remplacée, d'après les conseils de M. le médecin de garnison Midavaine, par la teinture arsenicale de Fowler, administrée d'abord à la dose de 6 gouttes, et portée insensiblement jusqu'à 20 gouttes.

Des coliques et une petite toux sèche, quinteuse, étant survenues, on craignit qu'elle ne fût le résultat de l'administration de la teinture arsenicale, ce qui en fit supprimer l'emploi le 17 février.

Le 23, on eut recours à l'hydrochlorate d'or en frictions sur les gencives, d'après les indications de Chrestien, de Montpel-

lier. M. Midavaine nous conseilla de soumettre en même temps le malade à l'usage d'une tisane dans laquelle entraient ℥ij de douce amère. Le malade paraissait très-bien se trouver de cette médication, lorsqu'apparurent les phénomènes qui amenèrent sa fin.

Autopsie de Decoster.

Aspect général.—Indépendamment des lésions dont l'énumération suit, on remarque sur le torse et les membres de nombreuses pétéchies ; elles sont très-grandes, déchiquetées, d'un brun-rouge et telles que je n'en ai jamais vu dans les affections thyphoïdes, l'amaigrissement est assez prononcé sans être extrême.

Face.—Bien que très-sensiblement diminuée de volume, certaines parties offrent cependant encore du gonflement et de la dureté, les lèvres sont épaisses et dures; les saillies tuberculeuses n'existent plus sur le nez, ni aux joues, mais la peau et le tissu cellulaire y offrent une épaisseur et une résistance anormales et *crient* sous le scalpel comme le tissu squirrheux : l'analogie avec ce tissu est surtout frappante sous le menton, dans la région sus-hyoïdienne et sur les côtés de la mâchoire, vers les rebords postérieurs des branches de cet os où le gonflement et la dureté sont restés plus considérables, et où on peut reconnaître dans le tissu malade l'existence de glandes volumineuses, nombreuses surtout dans le dernier point. Ces parties incisées ont offert tous les caractères du tissu carcinomateux : même aspect, même dureté, même phénomènes à la section et absence de traces vasculaires. La dégénérescence avait envahi la peau et le tissu cellulaire, et comprenait dans son épaisseur des ganglions lymphatiques volumineux dont les uns étaient ramollis dans leur centre, tandis que d'autres devenus squirrheux offraient, lorsqu'on les incisait, des plaques sanguines noires, mêlées à des plaques d'un rouge foncé. *Les paupières supérieures* toujours très-enflées et pendantes au-devant des paupières inférieures, offrent cependant peu de dureté et permettent de découvrir l'œil; nous les excisons pour examiner avec soin les faces internes qui offrent les tarses couverts d'une masse confluente d'élévations de

papilles hypertrophiées, bien distinctes, dures et rouges, n'ayant aucun caractère vésiculeux ; à partir du bord postérieur du tarse jusqu'au globe oculaire, la conjonctive est nette, lisse et polie. *Les lèvres* incisées dans toute leur épaisseur offrent les caractères du squirrhe; les fibrilles musculaires du labial sont pâles, atrophiées, et ne sont bien distinctes qu'en se rapprochant des angles des lèvres, parties que la maladie a moins attaquées ; au-dessus du menton et sous la lèvre inférieure, ce tissu anormal a envahi toutes les parties molles jusqu'à l'os, en y comprenant le périoste.

Torse à sa surface externe. — La plupart des tubercules et corps glanduleux parsemés sur cette partie ont disparu; ceux qui restent existent surtout dans l'épaisseur de la peau qui offre une sorte de renflement. Ces indurations sont toutes de nature carcinomateuse. La tumeur de l'aine offre environ 10 lignes d'épaisseur sur une circonférence de 7 pouces, présente à la section les caractères du carcinome, et crie sous le scalpel. Cette tumeur offre encore des bosselures distinctes.

Poitrine.—Poumons.—Le gauche est sain, le droit offre dans son lobe moyen un assez grand nombre de tubercules disséminés, à l'état cru, mais entourés d'un tissu altéré, induré et friable; le reste de ce poumon est normal. Tous deux sont partout crépitants, et remplis d'un sang foncé en couleur, mais écumeux.—La trachée artère contient du mucus écumeux, et nous reconnaissons bien distinctement entre les cerceaux fibro-cartilagineux deux couches de petits faisceaux musculaires, dits *muscles de Reissessen.* —*Corps thyroïde,* sa couleur est d'un jaune pâle, semi-transparente, sa structure molle, pulpeuse, à trame très-légère, peu serrée; on n'y peut reconnaître la moindre trace de vaisseaux sanguins.

Ventre.—Canal alimentaire.— L'estomac offre quatre ou cinq petites plaques disséminées sur la muqueuse ; le long de sa grande courbure, à deux pouces de son orifice pylorique, il y avait une petite altération de formation toute récente; en déplissant cet orifice nous trouvons entre ses plis deux ulcérations allongées, couvertes d'une matière grisâtre, non purulente; ces entamures ne sont nullement entourées d'un tissu vasculaire, et ne parais-

sent pas être le résultat d'une inflammation ; mais semblent avoir la plus grande analogie avec certaines fissures à l'anus—le duodenum n'offre rien à noter — l'ilion offre à sa partie inférieure une injection assez prononcée, uniforme sans traces d'inflammation; quelques follicules de Brunner y sont développés. —Le cœcum n'offre rien de particulier, mais les parties descendantes et iliaque du colon sont parsemées de nombreuses ulcérations, petites, linéaires, discrètes ; la muqueuse y offre plus d'épaisseur et une teinte foncée.

Au-dessous de l'estomac et le long du pancréas, il existe un paquet de glandes lymphatiques volumineuses, elles sont cependant peu altérées, ne criant pas sous le scalpel; il en est de même de celles que nous avons trouvées au-devant de la trachée; quelques-unes de celles-ci sont noires.

Membres.—Les supérieurs offrent aux deux faces de l'avant-bras quelques tubercules rares qui occupent l'épaisseur de la peau du pli du coude, deux ganglions lymphatiques sous-cutanés sont tuméfiés au point d'égaler une aveline ; on y voit de gros lymphatiques immergents et émergents, il en est de même du bras où on rencontre aussi quelques tubercules, et de l'aisselle où on reconnaît quelques glandes. — Les membres inférieurs offrent les mêmes caractères que les supérieurs, les tubercules et ganglions des membres présentent comme ceux dont nous avons déjà parlé l'aspect squirrheux.

Crâne. — Les parties contenues dans cette boîte osseuse ont paru jouir de tous leurs caractères normaux.

Réflexions.

Cette affection nous a offert l'identité la plus parfaite avec la lèpre tuberculeuse (Eléphantiasis des Grecs, Léontiasis) ainsi que cela avait déjà été constaté par MM. Cazenave et Schedel dans les faits observés par eux à l'hôpital St-Louis ; il y a eu chez Decoster absence de satyriasis, d'idées érotiques et d'érections. La maladie a offert absolument la même marche que la lèpre tuberculeuse ; c'est ainsi qu'à sa première invasion elle a guéri sans laisser la moindre trace de son existence, mais, comme il arrive presque toujours, elle a été suivie de récidive grave, mortelle.

Si la symptomatologie et la marche de la maladie ont offert une similitude si parfaite avec l'éléphantiasis des Grecs, en est-il de même du résultat cadavérique? en compulsant les auteurs qui ont traité cette matière, nous trouverons bien des altérations profondes dans tous les tissus de l'économie, des indurations de la peau envahissant les tissus sous-jacents; mais aucun d'eux ne nous paraît avoir signalé les altérations spécifiques, squirrheuse et encéphaloïde que nous avons reconnues dans tous les tissus malades. Serait-ce ici une nouvelle variété de la maladie, l'affection cancéreuse envahissant d'abord la peau et certaines glandes pour se propager ensuite aux autres tissus et simulant ainsi parfaitement l'éléphantiasis des Grecs? ou serait-ce la même affection dont les résultats cadavériques n'auraient pas subi dans les autres cas rapportés, une investigation assez minutieuse? pour ce qui nous concerne, nous considérons la maladie de Decoster comme une variété de la maladie cancéreuse, se fixant de préférence sur la peau, affectant le tissu et les glandes lymphatiques pour se porter ensuite sur quelques glandes. Les douleurs lancinantes siégeant dans quelques points indurés et la résistance *sui generis* des tissus nous avaient fait redouter la nature cancéreuse de la maladie et l'autopsie est venue nous la démontrer.

Mais si la maladie de Decoster était évidemment cancéreuse, il faudra bien aussi admettre que la matière cancéreuse peut être résorbée, disparaître sans laisser de traces là où les tissus avaient subi la désorganisation, ou avaient été le siége d'une sorte de pénétration de la matière.—N'est-ce pas en effet ce qui est arrivé à Decoster, qui, guéri une première fois de sa maladie, était devenu fort, et offrait une belle coloration? qu'était devenue alors la matière cancéreuse, ou comment se faisait-il qu'elle était dissimulée par une apparence toute opposée à celle de la cachexie cancéreuse? si ces questions ne peuvent être résolues, il nous reste cependant cette conviction, qui est en opposition avec les idées généralemeut reçues aujourd'hui, que le cancer ayant envahi un tissu ou un organe, peut disparaître complétement, en laissant cet organe ou ce tissu jouir de ses caractères normaux et exercer librement ses fonctions.

Liége, le 4 août 1840.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE,

CASPER'S WOCHENSCHRIFT FUER DIE GESAMMTE HEILKUNDE 1840, nos 1, 2 et 3.

—

CONSIDÉRATIONS SUR LE TYPHUS ABDOMINAL GANGLIONNAIRE ET SUR L'APPLICATION DES LAVEMENTS AVEC LE NITRATE D'ARGENT FONDU DANS CETTE MALADIE.

Par le docteur EBERS, conseiller de médecine et médecin de l'hôpital de Allerheiligen, à Breslau.

J'ai déjà publié, dans le 4e volume du *Journal général de médecine,* un travail sur le typhus abdominal ganglionnaire, ainsi que les observations que j'ai faites sur cette maladie pendant les années 1834 et 1835. Il ne me reste que très-peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit, et je n'ai pas pour but d'augmenter, par cette publication, le nombre des faits déjà connus. Je désire seulement fixer l'attention des médecins sur une médication nouvelle, ou plutôt peu employée jusqu'ici, contre une maladie qui, selon les aveux d'un de nos plus grands praticiens, M. Schoenlein, tue plus d'un tiers des individus qui en sont affectés; ce qui constitue une mortalité plus grande que celle qu'entraîne la peste. Je ne saurais toutefois confirmer cette dernière assertion, bien que je sois convaincu, par de nombreuses observations et par les autopsies de cadavres, de la vérité de l'opinion de Schoenlein et de Eisenmann (1), qui prétendent que le typhus dit abdominal appartient au genre des typhus, et qu'il revêt dans sa marche tous les caractères de la forme exanthématique. J'adopte également tout ce que le premier de ces deux médecins dit relativement à la force médicatrice.

Dans le courant de l'année dernière, cette maladie apparut deux fois à Breslau; d'abord et avec une grande véhémence, vers

(1) M. EISENMANN range une forme de cette maladie parmi l'espèce, qu'il appelle *pyra*, et dont il fait une description exacte

la fin de l'hiver et pendant le printemps; puis, mais avec moins d'intensité, vers la fin de l'été et pendant l'automne. Dans ce moment on rencontre encore des cas isolés de cette maladie.

La marche de la fièvre abdominale, ainsi qne les symptômes qui la caractérisent, démontrent qu'elle appartient au genre typhus : elle constitue, néanmoins, une variété particulière de cette maladie, ayant la propriété de produire un exanthème, d'affecter d'une manière particulière le système ganglionnaire, de faire paraître un exanthème spécial sur et dans les muqueuses de l'*ileum* et dans différentes parties du *jejunum*.

Cet exanthème se manifeste rarement dans le *cœcum* et plus rarement encore dans le *colon;* mais on le voit, quelquefois, envahir les muqueuses des bronches, de l'œsophage et du pharynx. Le système glandulaire seulement, prend part à cette affection, mais il n'en est pas le siége; de même, les glandes de Peyer ne souffrent que sympathiquement.

Bien que cet exanthème offre un grand danger lorsqu'il a son siége sur la muqueuse intestinale, il est encore beaucoup plus dangereux lorsqu'il se manifeste sur la muqueuse bronchiale ou dans le pharynx et dans l'œsophage. Ce sont surtout de tels malades qui succombent le plus facilement; et un fait digne d'une attention toute particulière, c'est que tous les malades que j'ai vus périr du typhus abdominal présentaient la complication de l'exanthème à la poitrine, au pharynx et quelquefois aussi du typhus cérébral, bien que la forme exanthématique et les ulcères se fussent montrés dans tous les cas à l'*ileum*.

Je dois faire observer que les ulcérations dont nous possédons tant de descriptions, se trouvaient dans tous les cadavres dont j'ai fait l'autopsie. Mais j'y ai trouvé, en outre, des éruptions exanthématiques ressemblant aux miliaires, qui avaient leur siége à l'entrée de l'*ileum* au *cœcum*, et elles s'étendaient jusqu'au *jejunum*. Ces éruptions se présentaient principalement sous la forme d'un exanthème dans les cas où elles s'étendaient vers l'estomac, tandis qu'elles ressemblaient plutôt à une ulcération lorsqu'elles se trouvaient dans les environs du *cœcum*. Dans un seul cas j'ai été assez heureux pour pouvoir suivre le développement tout particulier et purement exanthématique. Ce

cas concernait un jeune homme qui avait été frappé, par suite de causes qui nous sont restées inconnues, de mort subite, et avait été transporté mourant à l'hôpital.

Toute la portion de l'intestin, à partir du *jejunum* jusqu'au *cœcum*, était recouverte, dans ce cas, de petites proéminences pustuleuses, ressemblant aux miliaires rouges que l'on rencontre à la surface de la peau. Nous n'observâmes qu'un seul ulcère situé à la *valvule du cœcum*. Dans un autre cas l'exanthème se rencontrait dans toute l'étendue de l'iléon.

Un seul groupe d'ulcérations existait vers la fin de cet intestin, tandis que toute la muqueuse du *cœcum* était recouverte d'ulcérations; l'*appendice vermiforme* avait la longueur du doigt indicateur d'un adulte et l'épaisseur d'une grosse plume à écrire.

Dans un cas seulement le *cœcum* avait pris part à la maladie: la muqueuse en était partout ramollie, jusqu'au *rectum*, et recouverte çà et là d'ulcérations. Il y eut, dans tous ces cas, des symptômes d'affection cérébrale, mais on ne trouva, à l'autopsie, dans les membranes du cerveau, aucune éruption semblable à celles dont il est question plus haut.

La plupart des malades ci-indiqués avaient été attaqués au contraire, d'affections très-intenses de la poitrine et de la gorge; ils avaient eu de fortes oppressions, de la dyspnée et même de l'orthopnée; ils avaient beaucoup toussé et avaient expectoré une grande quantité de mucosités sanguinolentes, plusieurs d'entr'eux avaient même craché du sang noir et muqueux d'une mauvaise odeur. A l'autopsie on trouva toujours la muqueuse des ramifications des bronches ramollie, et recouverte d'innombrables granulations rouges. Dans un cas, chez un homme jeune et robuste, il y eut une telle anomalie de la marche ordinaire de la maladie, qu'il se développa une violente inflammation de la gorge ou plutôt du pharynx, qui, malgré tous les moyens employés, finit par suffoquer le malade. Cette angine avait pris rapidement le caractère gangréneux, les excrétions étaient d'une odeur fétide, très-sanguinolentes, il y avait une prostration extrême des forces et une grande difficulté d'avaler. La cavité pharyngienne tout entière était affectée, les membranes étaient ramollies et desorga-

nisées jusqu'aux parties inférieures de l'œsophage et le tube intestinal participait à l'affection des autres parties.

Quiconque voudra se donner la peine d'examiner au microscope les altérations, soit du canal intestinal, soit de la poitrine, pourra se convaincre, d'une manière plus positive, de l'essence de cette maladie. L'affection présenta, aussi bien pendant le printemps que pendant l'été et l'automne de cette année, le caractère des maladies régnantes, les variétés catarrhale et rhumatismale se firent remarquer pendant le printemps et les variétés bilieuse et gastrite pendant l'été et l'automne.

On a observé, dans les derniers temps, des cas accompagnés de pétéchies et de tous les symptômes qui caractérisent le typhus pétéchial. D'autres cas étaient accompagnés d'hémorrhagies abondantes qui chez nous, du reste, n'entraînaient pas toujours la mort. Une jeune fille, âgée de 17 ans, fit, par un temps froid, un voyage pour assister à une noce, bien qu'elle se sentît déjà souffrante : elle ne put résister à l'invitation de manger et de boire; elle prit, au contraire, beaucoup de nourriture et de boisson et même des aliments indigestes et retourna le soir très-tard à son domicile où elle fut bientôt prise d'une fièvre violente accompagnée de symptômes gastriques et de constipation. Sa maladie révêtit promptement un caractère grave, et tous les symptômes du typhus abdominal se déclarèrent instantanément. Dans un tel état il était indispensable d'administrer un émétique à la malade; il fit évacuer beaucoup de mucosités. Un lavement appliqué ensuite élimina du canal intestinal une quantité de matières stercorales tellement copieuse que le vase de nuit put à peine la contenir. Cette évacuation fut suivie de celle de nombreux caillots d'un sang fétide et noir, et enfin un sang fluide et noir fut évacué en abondance. Il va sans dire que ces excrétions amenèrent une grande prostration des forces et des syncopes prolongées; néanmoins, des lavements composés de vinaigre et d'eau arrêtèrent, en peu de temps, les hémorrhagies et la malade guérit parfaitement, bien que lentement.

Il y eut, enfin, encore une autre variété du typhus régnant, appelée bilieuse, dans laquelle se présentèrent des cas accompagnés d'ictère, de congestions du foie, de pétéchies, de vibices,

de colorations d'un noire rouge de grandes parties de la peau, de dyscrasie scorbutique dans la cavité buccale, d'excrétions alvines sanguinolentes, de délires agités, etc. Ces cas ressemblaient, en quelque sorte, à la fièvre jaune. La plupart de ces malades guérirent. Dans un cas il se forma un anthrax d'un énorme volume au-dessous de l'omoplate gauche. Dans un autre cas, qui se termina par la mort, nous trouvâmes des signes de congestion dans les membranes du cerveau, ainsi que dans les bronches, et nous rencontrâmes l'exanthème et des ulcérations dans l'*ileum;* mais nous ne découvrîmes aucune des altérations extraordinaires ulcérées ou autres lésions qui auraient pu nous faire reconnaître la gravité de la maladie à laquelle avait succombé le malade : ce cas ne différait donc pas des précédents.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré ont eu pour but de démontrer, qu'il existait dans cette maladie une cause identique dans tous les cas, et que l'on ne devait pas se laisser induire en erreur sur la nature de cette affection, même par la différence des symptômes qui se présentaient. Je consens volontiers à ranger, avec M. le professeur Schoenlein, toutes les variétés de cette maladie, dont la nature nous échappe encore, sous la dénomination commune de typhus ganglionnaire ; mais je ne puis admettre qu'il se présente toujours exclusivement dans cette maladie *une affection particulière des ganglions abdominaux,* et que l'on en puisse toujours prouver l'existence par les autopsies des cadavres. Nous sommes bien loin de ne pas vouloir assigner un nom propre à cette maladie, aussitôt que nous serons d'accord sur les phénomènes qui la caractérisent; néanmoins, nous ne devons pas perdre de vue, que les variétés de la forme *la plus constante* exigent encore une étude toute particulière, et nous voulons, en conséquence, éviter de les juger toutes d'après un seul modèle sous le rapport de la méthode curative qu'il faudra leur opposer. Voilà ce qu'évitent les praticiens les plus habiles, et même Schoenlein. M. Eisenmann s'est prononcé d'une manière ingénieuse sur ce sujet dans ses ouvrages et il a signalé, au moyen de l'induction, plusieurs vérités qui étaient restées inappréciées lorsqu'on les avait examinées avec les yeux de la prévention.

Le traitement d'une forme de maladie si importante demande donc la plus grande attention de la part des médecins. On a abandonné et on abandonnera, encore davantage, de jour en jour, l'opinion de ceux qui sont d'avis que la nature de cette maladie est essentiellement inflammatoire. On ne doit pratiquer des saignées et faire usage des évacuations sanguines locales qu'avec beaucoup de circonspection. Toutes les indications qui se présentent dans d'autres maladies exanthématiques, telles que la miliaire, etc., sont également d'une grande valeur dans cette maladie. On sait que dans la miliaire, la saignée et les évacuations sanguines, en général, ne peuvent être employées que très-rarement et avec la plus grande précaution. Les émétiques, par contre, seront très-utiles, au début de la maladie (c'est aussi l'opinion de Schoenlein), et bien qu'ils ne guérissent pas parfaitement la maladie, du moins ils en diminuent l'intensité.

Les hommes de la basse classe ne sont que trop souvent atteints de cette maladie au moment où ils ont encore l'estomac et le canal intestinal surchargés d'aliments qui y sont brusquement retenus par suite de la suspension de la digestion. On se convaincra de jour en jour davantage que le *calomel* ne trouve d'application que dans quelques cas, et seulement alors que le typhus abdominal prend une direction toute particulière et tend à revêtir la forme entéritique et rhumatique. J'ai vu quelques cas où le calomel, à hautes doses, agissait d'une manière très-heureuse; mais, dans la plupart des cas, je n'ai vu que de mauvais résultats de l'application de ce médicament, par trop préconisé : la nature toute entière de cette maladie s'oppose à son usage, et si, pour en démontrer l'utilité, on voulait s'étayer de son efficacité dans la *scarlatine miliaire,* j'objecterais que cette forme de scarlatine exclut également l'usage du calomel, aussitôt qu'elle abandonne le caractère inflammatoire pour revêtir la forme typhoïde. Nous avons administré ce médicament dans la variété cholotique du typhus abdominal compliqué d'ictère; mais, malgré les fortes doses que nous avions prescrites, il survint bientôt une salivation, suivie d'ulcères putrides de la bouche, et le développement d'un état typhoïde, fut d'autant plus prononcé. On comprend aisément que chaque épidémie de typhus

abdominal présentera ses particularités, et qu'on devra avoir égard à la marche de l'épidémie et à la constitution morbide régnante. Néanmoins, nous devrons tâcher de trouver et de fixer un principe, duquel nous pourrons partir pour établir le diagnostic de cette maladie à tous les temps et pour toutes les conditions.

Si nous posons donc en principe que le caractère fondamental de notre maladie est typhoïde, tous les praticiens, je pense, seront d'accord quant à l'essence de cette maladie, et en général il n'y aura pas entre eux divergence d'opinion à l'égard du traitement qu'il conviendra d'employer. En effet, l'expérience nous apprend que telle est la manière d'agir de tous ceux qui connaissent bien et véritablement les maladies.

On ne doit donc jamais perdre de vue les rapports dynamiques de l'organisme, et l'on doit se convaincre que la conservation de la force vitale renferme la première condition de la vie elle-même. Il faut ensuite considérer les rapports matériels et surtout ceux des tempéraments des malades.

Les médicaments qui nous ont été utiles pendant le printemps passé, ne nous ont pas présenté les mêmes avantages dans l'automne suivant : néanmoins, nous n'avons pas abandonné la série de ceux qui se ressemblent quant à leurs effets dynamiques. Le typhus abdominal exigea, au commencement de cette année-ci, lors du début, des médicaments légèrement excitants. Les acides, et même l'acide hydrochlorique oxigéné, ne furent pas supportés; ils augmentèrent surtout les diarrhées, tandis que l'*arnica*, l'*ipécacuanha*, le *camphre* et la *térébenthine* furent utiles.

Nous avons trouvé ces émétiques très-efficaces vers la fin de l'été et pendant l'automne dernier, bien que leur application demandât toujours de la circonspection; et nous avons prescrit (presque exclusivement) l'acide hydrochlorique oxigéné, soit à petites doses, soit en tisanes, à l'exclusion de presque tous les autres médicaments, excepté le camphre, qui fut du reste employé dans tous les cas. Lorsqu'il y avait *collapsus*, nous prescrivîmes les médicaments connus depuis longtemps, et par préférence l'arnica et l'acide hydrochlorique. Parfois, bien que plus

rarement, et surtout chez les femmes, nous donnions l'éther et la liqueur de succinate d'ammoniaque. Dans la convalescence des infusions de quinquina étaient administrées dans une décoction de racine de guimauve, d'après une formule que je recommande et dont l'efficacité a été constatée par de vieux praticiens de Breslau. La voici :

Rec. Alcohol. cort. chin. reg. drachm. vj.
Infunde cum.
Decoct. conc. rad. Altheae.
Ebull. (sæpe agitando) digeretur per breve
tempus et colaturæ, unc. vj adde.
Sacchari alb. unc. ß.

Nous devons encore mentionner ici que la diminution de la force vitale fut extrêmement grande dans le typhus abdominal du dernier temps, malgré toutes les mesures de précaution que l'on prit à l'égard du traitement. Elle le fut surtout chez des personnes qui, indisposées depuis longtemps, ou prédisposées à la maladie, en furent attaquées d'une manière intense et violente. Elle était suivie d'une convalescence lente, et la somme des forces était tellement épuisée que l'intelligence était altérée. Ces malades étaient devenus parfois tout à fait imbéciles, et ce n'était pas seulement la mémoire, mais encore le jugement qui avait souffert. Une espèce de délire persistait jusque dans la période de la convalescence. Ce fut surtout dans ces cas que l'usage du quinquina se montra salutaire; le vin fut supporté à merveille et contribua puissamment à rétablir les forces. Il n'est d'ailleurs resté aucune fâcheuse altération de l'intelligence chez aucun de ces malades.

En traçant ici, d'une manière générale, la méthode curative que j'ai suivie, j'ai seulement voulu montrer que je ne suis nullement d'avis que la médication énergique dont je ferai dès lors exclusivement mention dans mon travail, soit une médication tout à fait *universelle* et qu'elle soit propre à guérir, elle *seule*, le typhus abdominal. Il serait par trop hasardé de le prétendre, puisque une telle assertion serait contraire à ce que l'expérience

nous enseigne, chaque jour, sur l'essence des maladies typhoïdes et du typhus abdominal en particulier. Mais si c'est avec raison que tous les praticiens ont dirigé leur attention sur un symptôme, et essentiellement sur le symptôme le plus fâcheux de cette maladie, je crois avoir eu également raison de le faire, et c'est dans ce but là que j'ai employé précisément la térébenthine et le charbon. D'autres individus ont essayé les astringents et l'alun, mais avec un insuccès constant, ou même leur administration a été suivie de revers.

Les lavements avec du vinaigre ou avec des acides minéraux n'ont été utiles que dans les hémorrhagies excessives par l'anus; et c'est là où ils ont été éminemment utiles.

Les médications préconisées comme spécifiques contre les *diarrhées malignes* qui se manifestent dans le cours du typhus abdominal, n'ont donc pas produit (dans la pratique) de très-heureux résultats; quant à moi, je n'ai retiré des succès marquants que d'un seul médicament, le *nitrate d'argent fondu.*

C'est Boudin de Montpellier qui, le premier, a dirigé l'attention sur cet agent thérapeutique, et les expériences de ce médecin, bien qu'elles aient encore besoin, en quelque sorte, de confirmation, ont une telle importance, qu'elles méritent bien d'être considérées attentivement. Je n'ai fait usage du nitrate d'argent qu'en lavements, selon la méthode recommandée par le praticien français; je n'ai pas administré ce médicament à l'intérieur, et je ferai observer ici, avant d'entrer dans des détails, que mes essais isolés sur l'application du *nitrate d'argent fondu à l'intérieur*, même à très-petites doses, dans le typhus abdominal, n'ont pas été couronnés de succès. Ce médicament a toujours occasionné une grande irritation de l'estomac, une anxiété précordiale et des vomissements. Quant aux lavements, je les ai prescrits d'une manière rationnelle et avec persévérance et à des doses beaucoup plus fortes que celles employées par M. Boudin. Je crois en avoir vu des effets très-favorables: le succès sera d'autant plus assuré qu'on les administrera plus tôt.

Il va sans dire qu'il ne s'agit pas ici de l'application de quelques lavements, d'une seule injection, *mais plutôt d'une méthode curative, continuée avec discernement et entreprise à l'effet d'at-*

teindre un but positif, lequel ne sera pas atteint immédiatement, mais seulement peu à peu. On ne doit donc pas se laisser rebuter dans les cas où le médicament ne produirait pas instantanément ses bons effets. On sait que les diarrhées qui surviennent dans le typhus abdominal ne se montrent pas toujours dans les premiers jours. Elles ne se déclarent, au contraire, que dans la deuxième période de la maladie, ce qui s'explique, du reste, par des raisons théoriques. Elles apparaissent à cette époque d'abord modérément, trois ou quatre fois par jour; peu à peu elles deviennent plus fréquentes et le plus souvent se manifestent pendant la nuit. Il est évacué par les diarrhées des flocons; les selles sont aqueuses et consistent en mucus intestinal clair et sécrété en grande quantité. Elles contiennent encore en partie des matières féculentes, qui disparaissent vers le déclin de la maladie, tandis qu'on remarque souvent, dans les garderobes, une coloration bilieuse, verdâtre, d'un vert d'herbe. Ces excrétions sont fréquemment mêlées de stries de sang noir, veineux, qui teint çà et là la masse excrétée. Dans quelques cas rares, il est excrété une grande quantité de caillots; le sang est alors plus fréquemment noir et liquide. J'ai vu également l'excrétion du mucus intestinal pur réduit à la forme de boules. Je n'ai pas observé, jusqu'ici, qu'il fût évacué du phosphate de chaux, excrété de l'intestin comme une masse normale. On doit, pensons-nous, se convaincre, par ce que nous venons de dire, que les parois du canal intestinal sont disposées à la décomposition des matières excrétées aux mêmes places où se formait autrefois le processus exanthématique, et que la décomposition augmente dans la même proportion que le processus exanthématique se transforme en processus ulcératif, et qu'il produit les résultats que nous observons dans la maladie en question.

Bien que le processus qui se présente à nous le plus visiblement et le plus fréquemment sur les muqueuses intestinales, ait indubitablement sa dernière source dans une maladie de tout l'organisme, et qu'il doive être considéré sous ce point de vue, nous devons néanmoins diriger notre attention sur la *partie* que nous savons être affectée. Il n'est guère nécessaire de faire remarquer que les injections faites par l'anus produisent aussi bien un effet gé-

néral que local. Celles dont je parle ici exerceront donc déjà, d'après leur nature, agissant sur le processus général de la vie, aussi bien leur influence sur le mal local que sur le mal général. Je commence à appliquer des lavements aussitôt que j'ai reconnu l'essence de la maladie, et déjà à l'époque où la diarrhée vient seulement de débuter. Je les emploie même lorsque le caractère du typhus abdominal se prononce sans diarrhée. Je fais mettre un, deux à trois lavements dans le courant d'une journée, et je les fais continuer aussi longtemps qu'il ne s'est pas encore montré de crises. Les diarrhées diminuent aussitôt que la surface de la peau commence à fonctionner, excepté dans les cas, malheureusement peu rares, où il se forme aussi à la surface de la peau des miliaires, qui s'accompagnent alors de sueurs abondantes et spoliatives, lesquelles forment, en quelque sorte, des décompositions à la surface de la peau. Les sueurs ne sont nullement suivies de soulagement, ou bien cela n'arrive que dans des cas rares; elles occasionnent, au contraire, par suite de leur cause dernière, de grands troubles dans la circulation, dans les poumons et surtout dans le cœur, et finissent par tuer les malades par un catarrhe suffocatif.

Tous les symptômes morbides diminueront cependant dans le cas où l'activité de la peau sera excitée d'une *manière critique.* Mais, bien que nous sachions, vu les connaissances que nous possédons à l'égard des troubles que le canal intestinal a subis par suite des maux locaux, que la dernière source de la décomposition dans les muqueuses soit combattue et que l'exanthème ait disparu de la même manière que disparaît tout autre exanthème, néanmoins nous ne devons pas croire que les suites qu'a produites ce processus morbide, soient également abattues en aussi peu de temps. Le relâchement de la muqueuse, le trouble dans son tissu organique, et principalement l'ulcération, tous ces états pathologiques ne céderont pas avec la même promptitude; pour les guérir il faut toujours un temps plus long. L'expérience nous a suffisamment appris que la mort peut encore survenir après le quarantième jour, avoir lieu par suite du développement de la *phthisie abdominale*, et qu'une fièvre hectique et la *lésion locale* peuvent également amener la mort. Appuyé sur cette raison,

nous croyons que l'application persévérante et prolongée d'un médicament topique peut offrir de l'utilité. C'est ainsi que j'ai fait appliquer ces lavements, avec persévérance, pendant huit et jusqu'à quinze jours, et même pendant un temps encore plus long.

Le premier effet consiste alors dans la diminution de l'incitation à des évacuations alvines ; les injections qui, au début de la maladie, ne séjournaient pas dans les intestins, y restent ensuite plus longtemps. Les évacuations gagnent par le nitrate d'argent fondu tantôt une couleur grise, tantôt une couleur toute noire, puis les injections sont retenues pendant des jours entiers, pendant 24-48 heures, ce qui ne m'empêche pas de les continuer. Je fais diminuer la fréquence des lavements, dans le cas, où il se montre des matières fécales sèches et bien moulées, ce qui arrive du reste très-rarement. Il n'est plus appliqué alors qu'un *seul* lavement tous les jours ou de jour à autre. Il survient ordinairement, après quelques jours, des évacuations alvines copieuses et pultacées d'une couleur noire, la coloration qui est occasionnée par le médicament disparaît peu à peu et les matières fécales gagnent successivement la coloration normale, elles deviennent brunes, annelées, jaunes, mais aussi argileuses dans les cas où il existe une irritation du foie. On reconnaît par ces signes, que le véritable processus curatif débute dans le canal intestinal, se prononce davantage de jour en jour et que l'on peut se passer des injections. La susceptibilité du canal intestinal, le haut degré d'irritation qui y existe et l'indolence de nombre de malades s'opposent, sous beaucoup de rapports, à l'application des lavements. Il faut tâcher de vaincre ces difficultés au moyen de la manière de les appliquer, par la manipulation, ainsi que par l'influence que l'on exerce sur l'esprit des malades.

Il est d'abord nécessaire d'appliquer le médicament de façon que sa propriété physique soit en quelque sorte mitigée. Je fais dissoudre séparément pour les lavements que je prescris *quatre, six*, et, dans des cas urgents, *dix* grains de *nitrate d'argent fondu* dans une once à une once et demie d'eau distillée. Puis je fais préparer une solution de gomme arabique d'une telle consistance (environ 3 à 4 onces), qu'elle s'épaissit lorsqu'elle s'est refroidie

et qu'elle ne rentre à l'état liquide que lorsqu'elle est mise dans de l'eau chaude. Je fais ensuite mêler et bien secouer les deux solutions dans une seringue bien fermée et je fais appliquer le lavement à une température tiède. La canule de la seringue doit être élastique et la plus longue possible afin que l'on puisse l'introduire à la partie supérieure de l'intestin rectum. Je préfère les canules en gomme élastique aux canules épaisses et fortes d'ivoire calciné.

Le malade doit être mis alors, selon la coutume qui existe à l'égard de l'application des lavements, sur le côté droit, de manière qu'il soit placé, en quelque sorte, sur le ventre et que les muscles abdominaux se relâchent le plus fortement possible.

L'injection doit être faite lentement et avec beaucoup de précaution et le malade doit demeurer dans la position indiquée, le plus longtemps possible, ce qui est du reste soumis à beaucoup de difficultés.

A l'époque où le typhus abdominal débute, il se trouve, souvent encore, dans le canal intestinal et surtout dans les gros intestins des masses de matières fécales durcies, qui empêchent l'entrée et le séjour de l'injection dans les intestins; qui trompent le médecin et annulent l'effet du médicament. Dans ces cas, je fais injecter, chaque fois, avant d'appliquer le lavement, de l'eau tiède ou du mucilage de graine de lin, et immédiatement après cela je fais donner le lavement contenant le nitrate. Cette simple mesure détruit quelquefois la grande susceptibilité du canal intestinal et favorise ainsi le séjour des injections pendant un temps plus long. Lorsque la susceptibilité est trop grande j'ajoute au lavement de la teinture d'opium. On ne doit pas se laisser induire en erreur par l'écoulement des lavements; en continuant, au contraire, d'une manière opiniâtre leur application on atteint, dans la plupart des cas, le but, qu'on s'était proposé. On a en outre *l'avantage de diminuer, et de guérir un des symptômes les plus graves du typhus abdominal, et de prévenir, dans la généralité des cas, une maladie secondaire.* J'attribue en grande partie les succès que j'ai obtenus cette année dans le traitement de cette maladie, à l'application de ces injections, qui se sont montrées aussi constamment efficaces dans le printemps

que dans l'automne dernier; mais je ne dois pas oublier de dire encore une fois, que je ne regarde nullement les injections dans l'anus comme la seule médication ou comme une méthode curative exclusive du typhus abdominal.

Je dois encore mentionner ici, bien que cela ne se rattache pas essentiellement à notre sujet, que les injections avec du *nitrate d'argent fondu* se montrent également utiles dans beaucoup d'autres diarrhées compliquées d'ulcérations, lesquelles accompagnent, comme on sait, tant de maladies chroniques. Lorsqu'elles ne guérissent pas ces maladies, elles en diminuent du moins l'intensité, et en enlèvent le symptôme le plus pénible; elles conviennent donc dans les diarrhées colliquatives, dans la phthisie pulmonaire, dans la phthisie abdominale, dans la fièvre hectique avec diarrhée, dans plusieurs espèces de diarrhée chronique idiopathiques, ou dépendant de violentes maladies fébriles; elles conviennent même contre les suites d'une *entérite* négligée, et lorsque celle-ci est suivie d'une diarrhée chronique constituant une maladie secondaire. J'ai fait usage, dans tous ces cas et dans des cas analogues, des lavements sus-mentionnés. Le médecin habile trouvera d'ailleurs facilement les cas spéciaux où ils conviennent.

Les injections dans l'anus ont été de même recommandées dans ces derniers temps, et appliquées, à différentes reprises, avec succès, contre plusieurs autres maladies du canal intestinal. En passant sous silence tout ce qui est connu à cet égard, déjà depuis longtemps, je ne fais mention que des lavements d'infusion d'herbe de jusquiame et de belladone, ainsi que des lavements avec le vinaigre de plomb. Quant à l'application de ce dernier médicament, j'ai reconnu, depuis longtemps, la grande utilité que produisent les lavements avec du vinaigre de plomb surtout dans la dysentérie et je les ai appliqués avec un succès remarquable, depuis plus de trente ans. Ayant été requis, en qualité de médecin, pour les hôpitaux militaires de l'armée française, j'ai employé ces injections dans l'épidémie de dysenterie régnant pendant les années 1806 et 1808. Cette maladie, bien que moins répandue en Silésie, exerçait principalement alors ses ravages sur les soldats français revenant de Pologne. J'ai réussi à

guérir un nombre considérable de ces malades, quoique la plupart fussent attaqués de la dysenterie, et tourmentés, déjà depuis longtemps, par ce fléau et qu'ils fussent arrivés dans nos hôpitaux, à une époque fort avancée de la maladie. Sans entrer ici dans des détails relativement à la thérapeutique de la *dysenterie*, je dirai seulement, que je prescris toujours contre ce mal des lavements composés d'une tasse de mucilage d'amidon avec un scrupule à un demi gros de vinaigre de plomb, auxquels j'ajoute un peu de teinture d'opium. J'en fais donner régulièrement et je les fais continuer aussi longtemps que les lavements avec du nitrate d'argent fondu, dont j'ai exposé plus haut le mode d'application.

Il va sans dire, que la dysenterie exige également des considérations particulières et qu'elle doit être jugée tout à fait d'après sa nature épidémique. Néanmoins, je dois avouer, *que ces lavements se sont montrés dans tous les cas le médicament le plus efficace et qu'ils ont guéri en effet, dans nombre de cas, la maladie.*

Je termine mon travail en ajoutant, qu'en ce moment l'épidémie (de cet automne) des fièvres gastriques et nerveuses et *du typhus abdominal développé* paraît avoir atteint sa fin et que dans les derniers jours aucun malade de ce genre n'a plus été reçu à l'hôpital des *Allerheiligen*. De 150 malades ayant été soumis au traitement pour ces fièvres 86 étaient atteints de *typhus abdominal prononcé*, il en mourut 13. 27 d'entre eux sont encore soumis au traitement, 20 se trouvent déjà en convalescence ou plutôt sont déjà presque tout à fait entrés en état de santé.

Breslau, le 25 novembre 1839.

VARIÉTÉS.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Séance du 3 août 1840.

Présidence de M. MEISSER.
Secrétaire : M. MARINUS.

Ouvrages présentés.

1° Giornale delle Scienze mediche compilato de varii membri della Facolta medico-chirurgica di Torino (numéros de mai et juin 1840).

2° Bulletin de l'Académie royale de Bruxelles (n° 7).

3° Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges (4e livraison 1840).

4° Archives de la médecine belge; par J.-E. LEQUIME, D. M. (cahier de juin 1840).

5° Journal des Connaissances médico-chirurgicales (juillet 1840). Avec un atlas de 6 planches.

6° Gazette des médecins praticiens; par le docteur AMÉDÉE LATOUR (nos 52-59).

7° Le Magnétophile (un numéro).

8° M. E. DEPRADEL à Bruxelles en 1839. — Soirées phrénologico-magnétiques et littéraires. Dictées de César, poésies, improvisations. Recueillies par B. VICTOR IDJIEZ. In-32, Bruxelles, 1840.

9° Ophthalmie des armées; par M. P.-L.-B. CAFFE, D. M., membre correspondant, à Paris. In-8°, Paris, 1840.

10° Mémoires et observations pour servir à l'étude et au traitement des maladies mentales; par H. E. BRANDEIS, D. M. In-8°, Nice, 1839. (Commissaires, MM. V. Uytterhoeven, Lequime, et Mouremans, rapporteur.)

11° Notice sur l'opération du strabisme et spécialement sur un nouveau procédé pour exécuter cette opération; par C. VAN STEENKISTE, bibliothécaire de la Société médico-chirurgicale de Bruges (Brochure extraite des *Archiv. de la méd. belge*).

12° Annales et Bulletin de la Société de médecine de Gand (mois de juin 1840).

13° Journal de médecine et de chirurgie pratiques; par LUCAS CHAMPIONNIÈRE (juillet 1840).

14° Strangolamento uterino posteriore osia totale stirpazione dell' utero dalla sua sede naturale con una sola incisione e un laccio solo terzo metodo di GIO BATISTA BELLINI. In-8°, Florence, 1837.

15° Réflexions sur l'hygiène des mineurs et des ouvriers d'usines métallurgiques; par VICTOR VAN DEN BROECK, D. M., à Mons. (Commissaires: MM. Langlet, Mouremans, et V. Uytterhoeven, rapporteur.)

Correspondance et travaux manuscrits.

16° La Société royale des Sciences, Lettres et Arts d'Anvers fait parvenir le programme de la fête bisséculaire qui aura lieu à Anvers du 15 au 25 août, en l'honneur de Rubens, et prie la Société de se faire représenter à cette solennité par une députation. — MM. Meisser, Mouremans, Nollet et Marinus sont désignés pour former la dite députation.

17° M. MOUREMANS présente des observations sur les chutes ou précipitation de la matrice. (Commissaires: MM. A. Uytterhoeven, Meisser, et Lequime, rapporteur.)

18° M. ANDRÉ UYTTERHOEVEN présente les deux mémoires suivants:

Ostéite articulaire du pied. Amputation médio-tarsienne. (Commissaires: MM. Vanhuevel, Joly, et Langlet, rapporteur.)

Note sur l'état actuel des aliénés à Bruxelles. (Commissaires: MM. Daumerie, Verdeyen, et Mouremans, rapporteur.)

19° M. VICTOR UYTTERHOEVEN présente une observation de fistule

lacrymale. (Commissaires : MM. Naegels, Rieken, et Van Roosbroeck, rapporteur.)

20° Considérations sur une observation d'ophthalmoplégie partielle guérie par l'électricité ; par M. VAN ROOSBROECK. (Commissaires : MM. Gluge, Rieken, et V. Uytterhoeven, rapporteur.)

21° Observation de fièvre vésiculeuse ou pemphigoïde, produite par la morsure d'un chien non-enragé ; par M. RIEKEN. (Commissaires : MM. Lequime, De Losen, et Meisser, rapporteur.)

22° Observation d'abcès froid ; par M. LANGLET. (Commissaires : MM. Lequime, Mouremans, et Joly, rapporteur.)

23° Observation de syphilis constitutionnelle ; par M. MARINUS. (Commissaires : MM. Vanhuevel, Seutin, et Langlet, rapporteur.)

24° M. MEISSER présente la suite de son travail sur les races humaines. (Commissaires : MM. Van Roosbroeck, Lequime, et Mouremans, rapporteur.)

Rapports.

25° M. V. UYTTERHOEVEN fait un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur CHOLET sur la peste à Constantinople, et propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de lui conférer le titre de membre correspondant. — Adopté.

26° M. V. UYTTERHOEVEN fait un rapport verbal sur le travail de M. HAIRION relatif à l'ophthalmie de l'armée et conclut à des remerciements et à l'admission de l'auteur en qualité de membre correspondant. — Adopté.

27° M. LANGLET fait un rapport verbal sur l'ouvrage allemand du docteur FRECH, de Baden-Baden, traitant du bandage amidonné. Conclusions : remerciements et admission de l'auteur au nombre des membres correspondants. — Adopté.

28° M. A. UYTTERHOEVEN fait un rapport sur une dissertation latine de M. le professeur d'AMMON, de Dresde, qui a pour objet la ténotomie, et propose de conférer à l'auteur le titre de membre correspondant. — Adopté.

29° Rapport de M. RIEKEN sur un travail de M. le docteur BREFELD, traitant des propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques de l'huile de foie de morue. — Conclusions : remerciements et admission de l'auteur au nombre des membres correspondants. — La Société adopte ces conclusions et ordonne l'impression du rapport dans ses Annales.

A la suite d'une discussion provoquée par le rapport de M. Rieken, et sur la proposition de MM. Daumerie et A. Uytterhoeven, la Société décide qu'une commission composée de médecins et de chimistes sera nommée pour instituer des expériences thérapeutiques et chimiques sur l'huile de foie de morue. (Sont nommés commissaires : MM. Rieken, Langlet, Nollet, Leroy, et A. Uytterhoeven, rapporteur.)

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.

Anatomie pathologique; par M. Gluge. 86, 187

Annales de la Société de médecine de Gand. 188, 319

Artères radiale et cubitale (Sur le traitement des blessures des); par E. Putégnat. 17

Ascarides lombricoïdes (Sur les oviductes des). 90

Bandage amidonné (Mémoire sur quelques modifications à apporter au) du professeur Seutin; par le docteur P. J. Vanmeerbeeck. 246

Calcul urinaire de 23 onces et demie, développé dans l'intérieur de l'urètre et extrait par incision. 91

Cataracte (Observations de deux opérations de) par abaissement, l'une, sur un enfant de deux ans, demi-succès; l'autre, sur un vieillard de 69 ans, succès complet; par F. L. Van Camp. 229

Cataracte (Quelques réflexions sur l'opération de la); par F. L. Van Camp. 236

Cathétérisme de la trompe d'Eustache (Sur le); par le docteur George Hermann Moeller. 415

Caustique de Vienne (Observations pratiques sur le); par M. A. Comein. 294

Cervelet (Considérations sur les fonctions et les maladies du); par M. Binard. 201

Cirrhose (Recherches microscopiques sur une nouvelle altération du tissu des reins); par le docteur Gluge. 86

Cirrhose des reins (Addition au mémoire sur la) et à celui sur le ramollissement du cerveau); par M. Gluge. 187

Conjonctives palpébrales (Recherches sur l'état des) après la guérison de leurs granulations par la cautérisation à l'aide du nitrate d'argent, et remarques incidentes sur le traitement de l'ophthalmie gonorrhoïque; par M. le docteur Gouzée. 330

Dispensaire ophthalmique de Bruxelles. 335

Empoisonnement par l'acide arsénieux; emploi de l'hydrate de peroxide de fer; guérison; par M. le docteur Ansroul. 195

Ems, ses eaux thermales et ses environs; par le docteur Alb. Jac. Gust. Doering.—Rapport. 408

Fébrifuges (De quelques), et particulièrement du sulfate de quinine et des soins qu'exige son emploi; par le docteur Gouzée. 141

Fièvres intermittentes (Mémoire sur les) de Furnes et de ses environs; par M. V. De Keuwer. 168

Fièvre typhoïde (Rapport sur la) qui a régné à deux reprises à l'infirme-

rie militaire d'Arlon, pendant l'année 1839 ; par le docteur Molitor. 71
Fièvre typhoïde (Sur la) qui a régné à Berchem en 1836, et en 1838 et 1839 à Avelghem et dans ses environs; par Lameire. 150
Fièvre typhoïde de Bouillon (Rapport sur la), adressé à monsieur l'inspecteur-général du service de santé de l'armée ; par le docteur Tosquinet. 56
Fièvre typhoïde (Rapport adressé à M. le Gouverneur de la Flandre Occidentale, sur la) qui règne depuis quelques années dans la commune de Wytschaete; par le docteur Delahaye. 269
Fièvre typhoïde (Propositions physiologico-pathologiques sur la); par M. Fallot. 196
Fièvre vésiculeuse (Observation d'une) ou pemphigoïde, produite par la morsure d'un chien non enragé ; par le docteur Rieken. 337
Force vitale (Réflexions sur la); par G. Hartwig. 1
Hémorrhagies cérébrales (Considérations sur le rejet des révulsifs douloureux dans le traitement des); par Isidore Henriette. 299
Hernie inguinale (De la cure radicale de la) réductible ; par M. le docteur Sotteau. 319
Histoire de la médecine (Manuel de l'); par le docteur Lessing, 416
Huile de foie de morue (De l') considérée sous les rapports zoologique, chimique et pharmaceutique et principalement sous le rapport de ses effets médicaux dans les maladies rhumatismales et scrofuleuses ; par le docteur François Brefeld.—Rapport. 403
Hygiène (Réflexions sur l') des mineurs et des ouvriers d'usines métallurgiques, etc ; par Victor Vandenbroek. 222
Hygrométrie, thermo-hygromètre (Coup d'œil sur l') et ses usages; par M. F. Nollet. 418
Intermittente (Mémoire sur la forme) comme terminaison dans les maladies; par le docteur Félix Binard. 199
Infanticide (Consultation médico-légale sur le rapport judiciaire dans l'accusation d') portée contre la nommée Jeanne Cathérine Bosschaerts; par C. Broeckx, F. L. Vancamp, F. J. Matthyssens et L. Haine. 24
Jurisprudence médico-légale. Observations pour M. F. P. J. Cambrelin, docteur en médecine, domicilié à Namur, défendeur en cassation, contre le ministère public, demandeur. 204
Kystes pileux (Note sur les) des paupières ; par M. Florent Cunier. 332
Leontiasis. (Elephantiasis des Grecs.) Observation présentée à la Société par les docteurs Midavaine et Décondé. 432
Lettres médicales (Deuxième et troisième) sur l'Italie; par M. Guislain. 189
Médecine pratique (Observation remarquable de); par le docteur J. Vanhoof. 426
Maladies du système circulatoire (Mémoire sur les) qui surviennent chez les goutteux ; par E. Wemaer. 263
Maladies vénériennes (Essai sur les indications du traitement mercuriel général dans les) ; par le docteur E. Henrotay. 105
Névralgie intermittente de la branche ophthalmique de Willis; par J. Leva. 10
Nitrate d'argent (Observations sur l'emploi du) en injection dans les

écoulements blennorrhagiques invétérés ; par le docteur J. R. Marinus. 195
Ophthalmie (Mémoire sur les différentes questions qui se rattachent à l'); par M. le docteur Decondé. 329
Opodeldoch (Notice sur les effets salutaires du baume) dans les cas de carie ; par le docteur Van den Broeck. 184
Parotide (Extirpation de la glande); par P. Vanhaelst. 201
Périnée (Observation de rupture du), compliquée de chute de la matrice et de renversement du vagin : opération de périnéraphie non suivie de succès ; par M. Verhaeghe. 287
Pupille artificielle (Coup d'œil sur l'opération de la); par Julien Van Roosbroeck. 354
Pustules muqueuses (Observation de) répandues sur une grande partie de la surface du corps suivie de quelques considérations sur cette forme de la syphilis ; par E. Henrotay. 12
Quinquina (Résultats obtenus de l'administration du) dans les fièvres typhoïdes qui ont régné à Gand pendant la période de 1817 à 1820 ; par N. Van Loekeren. 190
Raccourcissement subit, passager, indolent, et long de 20 millimètres, d'un membre abdominal; par le docteur Putégnat de Lunéville. 284
Revue des journaux de médecine. 91, 188, 312, 444
Scarificateur urétral propre à remplacer le coupe-brides de M. Amussat; par le docteur Sotteau. 192
Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles. 102, 226, 333, 458
Somnambulisme (Nouvel examen d'un phénomène psycologique du) ; par M. E. Tandel. Rapport par M. le chanoine De Ram. 94
Strabisme (Réflexions sur l'opération du) ; communiquées par le docteur Dieffenbach. 312
Strabisme (Notice sur l'opération du) et spécialement sur un nouveau procédé pour exécuter cette opération ; par C. Van Steenkiste. 175
Suette miliaire (Rapport à M. le Ministre de l'intérieur sur l'épidémie de) qui a régné dans plusieurs communes du Hainaut et du département du Nord, pendant les mois de juin et juillet 1838; par M. le docteur François. 194
Superfétation (Mémoire sur la) ; par le docteur Roy. 196
Topographique médicale (Observation) d'une partie septentrionale de la commune de Zwevezeele, présentée à la Société médico-chirurgicale de Bruges ; par H. Pattyn. 153
Tube digestif (Quelques considérations médico-légales sur les ramollissements du) ; par F. J. Matthyssens. 39
Tumeurs fongueuses (Guérison de) par la suppuration ; par P. Verté. 274
Typhus (Rapport sur le) qui a régné dans la garnison d'Alost pendant les mois de septembre et octobre 1839. 80
Typhus abdominal ganglionnaire (Considérations sur le) et sur l'application des lavements avec le nitrate d'argent fondu dans cette maladie ; par le docteur Ebers. 444
Varioleux (Tableau des) admis à l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles, depuis le mois de septembre 1839, jusqu'au 15 mai 1840 inclusivement. 52

FIN DE LA TABLE.

ERRATA.

(Voir le cahier d'août des *Archives de la médecine belge.*)

—

page 339, ligne 4 *au lieu de:* (incamadine) *lisez:* (incarnadine).
» 340, » 8, *au lieu de:* avançant, *lisez:* avalant.
» » » 21, *au lieu de:* Dr : *lisez:* Mr.
» 342, » 3, *au lieu de:* présente. *lisez:* présenta.
» 342, » 15, *au lieu de:* graine *lisez:* graines.
» 346, » 17, *au lieu de:* Poesler *lisez:* Fowler.
» 348, avant dernière et dernière ligne *au lieu de:* (le premier qui dirigea l'attention des médecins sur ce phénomène (1)). *lisez:* le premier qui dirigea l'attention des médecins sur ce phénomène (1).
» 349, » 11, *au lieu de:* Urbau *lisez:* Urban.
» » » 26, }
» 350, » 2, }
» 351, » 36, 37, 47, } la même faute est à corriger.
» 352, » 7, }
» 406, » 4, *au lieu de:* scrofulobsen *lisez:* scrofuloesen.
» » » 5, *au lieu de:* doctor *lisez*: Doctor.
» » » 6, *au lieu de:* physicus *lisez:* Physicus.
» » » » *au lieu de:* kreises *lisez:* Kreises.
» 407, » 24, *au lieu de: héréditaire des lisez: héréditaire à des.*
» 408, » 16, *au lieu de:* à savoir *lisez:* savoir.
» 409, » 9, *au lieu de:* étaient connues *lisez:* étaient déjà connues.
» 415, » 9, *au lieu de:* Rohre *lisez:* Roehre.
» » » 11, *au lieu de:* philosophie *lisez:* Philosophie.
» » » » *au lieu de*: medicin-doctor *lisez:* Medicin Doctor.
» » » » *au lieu de:* krurhessischen militaircoundarzt *lisez:* kurhessischem Militair-wundarzte.
» » » 12, *au lieu de:* gesellschaften : *lisez:* Gesellschaften.
» » » » *au lieu de:* wirklicher mitglied. *lisez:* wirklichem Mitgliede.

